

介護保険給付支払方法変更終了申請書

東三河広域連合長 様

次のとおり支払方法変更終了を申請します。

		申請年月日	年 月 日	
申請者氏名			本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号			
被保険者番号				
被保険者氏名	フリガナ			
生 年 月 日	年 月 日		性別	男 ・ 女
住 所	〒 電話番号			
現在受けている保険給付制限の区分	1 保険給付の償還払化 2 保険給付の一時差止め 3 保険給付から滞納保険料の控除			
申 請 の 理 由	1 滞納保険料の完納又は著しい減少 2 災害による財産の著しい損害 3 収入の著しい減少 4 生活保護等の受給 5 公費負担医療の受給 6 その他（ ） ※この申請書に申請の理由を証する書類を添付してください。			

備考 「生活保護等」とは、生活保護法（昭和25年法律第144号）の規定による保護又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）の規定による支援給付をいいます。