別記様式第４４号（第２６条関係）

介護保険支払方法変更（償還払い）終了申請書

長　沼　町　長　　様

次のとおり、支払方法変更（償還払い）終了申請します。

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							個人番号												
被保険者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ																		
生年月日	年　月　日						性別	男・女											
住　所	〒 電話番号																		
申請の理由	１．公費負担医療の受給　２．災害　３．重大な障害又は長期入院　４．その他 ＊著しい減少の場合は　４．その他を選択、完納の場合は選択不要																		