

## 介護保険給付支払方法変更（償還払い化）終了申請書

（あて先）千葉市            区長

次のとおり支払方法変更（償還払い化）の措置を終了するよう申請します。

|       |  |            |           |
|-------|--|------------|-----------|
| 申請者氏名 |  | 申 請 日      | 年   月   日 |
|       |  | 本人との関係     |           |
| 申請者住所 | 〒 _____<br><small>（申請者が被保険者本人の場合、この欄は記載不要です）</small> |            |           |
|       |  | 電話番号 _____ |           |

|                |   |      |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------|---|------|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者番号         | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table> |      |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                |   |      |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ<br>被保険者氏名 |   | 生年月日 | 明・大・昭   年   月   日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                |   | 性 別  | 男    ・    女       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者住所         | 〒 _____<br><br><div style="text-align: right;">電話番号 _____</div>   |      |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請の理由          | 1 滞納保険料の納付      2 公費負担医療の受給      3 災害<br>4 重大な障害又は長期入院    5 その他   |      |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | （添付書類： _____ ）  |      |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## 介護保険給付額減額等終了申請書

(あて先) 千葉市                      区長

次のとおり給付額減額等の措置を終了するよう申請します。

|       |                                    |        |             |
|-------|------------------------------------|--------|-------------|
| 申請者氏名 |                                    | 申 請 日  | 年    月    日 |
|       |                                    | 本人との関係 |             |
| 申請者住所 | 〒 _____ (申請者が被保険者本人の場合、この欄は記載不要です) |        |             |
|       | 電話番号 _____                         |        |             |

|                |  |      |                      |
|----------------|--|------|----------------------|
| 被保険者番号         |  |      |                      |
| フリガナ<br>被保険者氏名 |  | 生年月日 | 明・大・昭    年    月    日 |
|                |  | 性 別  | 男    ・    女          |
| 被保険者住所         | 〒 _____  |      |                      |
|                | 電話番号 _____   |      |                      |
| 申請の理由          | 1 災害                      2 重大な障害又は長期入院                      3 その他 |      |                      |
|                | (添付書類： _____ )   |      |                      |