介護保険給付の支払方法変更記載削除申請書

（宛先）高松市長

次のとおり介護保険給付の支払方法変更記載の削除を申請します。

		申請年月日	年　月　日
申請者の氏名		被保険者との関係	
申請者の住所	〒 電話番号 （この欄は、申請者が被保険者本人の場合は記入不要です。）		

被保険者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	
	氏名			
	住所	〒 電話番号		
申請の理由	区分	１公費負担医療の受給　２災害　３生計維持者の収入の著しい減少　４その他 ※　滞納額の著しい減少の場合は「４」を選択し、滞納している保険料を完納した場合はいずれの番号も選択しないこと。		
	具体的な内容			

注

１　「申請の理由」の区分欄は、該当する番号を○で囲んでください（滞納している保険料を完納した場合を除く。）。

２　被保険者証及び介護保険法第６６条第３項に規定する政令で定める特別の事情のある旨を証する書類を添付してください（滞納している保険料を完納した場合を除く。）。