

介護保険給付の支払方法変更の措置解除申請書

申請年月日、申請者の住所、氏名、被保険者との続柄を記入してください。

第1号様式（第4条関係）

介護保険給付の支払方法変更の措置解除申請書

(あて先) 京 都 市 長	令和2年 4月 1 日
申請者の住所 〒111-1111 京都市中京区〇〇〇	申請者氏名（本人との続柄） 京 都 太 郎（本人）

以下のとおり支払方法変更の措置解除を申請します。

住 所	〒111-1111 京都市 中京区〇〇〇		電話 075-111-1111
	氏 名	(フリガナ) キョウト タロウ 京 都 太 郎	被保険者番号 10001-00000
被 保 険 者	*該当する項目を選択し、下の欄に詳しく記載してください。 1. 公費負担医療の受給 2. 生活保護の受給 3. 災害 4. 重大な障害又は長期入院 5. 収入の激減 6. その他		
	申請理由	世帯主の被保険者が長期入院し、治療費を支払ったことにより、家計を圧迫したため。	

被保険者の住所、電話番号、氏名、被保険者番号を記入してください。

該当するものに○を付けてください。

該当する項目の申請理由について、詳しく記入してください。

(次の欄は、承認決定を行うための欄ですので記入しないでください。)

上記の申請について、下記のとおり、 <input type="checkbox"/> 承認・ <input type="checkbox"/> 不承認することを決定します。				
年 月 日 起案	課 長	認 定 ・ 給 付		資 格 ・ 賦 課 ・ 収 納
		課長補佐・係長	係 員	課長補佐・係長 係 員
年 月 日 決定				
決 定	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	理 由		