

介護保険給付差止の措置解除申請書

第2号様式（第12条関係）

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。

介護保険給付差止の措置解除申請書

| | |
|----------------------------------|---------------------------|
| (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） |

以下のとおり保険給付差止の措置解除を申請します。

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。

申請者と被保険者が同じ場合は「同上」のチェックボックスにシ点を付けることで、住所・氏名の記載を省略することができます。

| | | | |
|------|--|-----------------|-------------|
| 住所 | <input checked="" type="checkbox"/> 同上 | 電話 075-111-1111 | |
| | (フリガナ) | | |
| 氏名 | <input checked="" type="checkbox"/> 同上 | 被保険者番号 | 10001-00000 |
| | | | |
| 被保険者 | *該当する項目を○にし、下の欄に詳しく記載してください。 | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 1. 生活保護の受給 <input type="checkbox"/> 2. 災害 <input type="checkbox"/> 3. 重大な障害又は長期入院 <input type="checkbox"/> 4. 収入の激減 <input type="checkbox"/> 5. 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。 | | |

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 | |
| 年 月 日 決定 | | 課長補佐・係長 | 係員 |
| 決定 | <input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認 | 理由 | |