第８号様式（第４条関係）

年　　月　　日

（あて先）浜松市長

住所

申請者　氏名

電話番号

被保険者からみた関係

介護保険支払方法変更記載消除申請書

支払方法変更の記載の消除を受けたいので、浜松市介護保険条例施行規則第７条の２の規定により、次のとおり申請します。

記

被保険者番号	
被保険者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ
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.生計中心者の重大な障害又は長期入院 ４.生計中心者の著しい収入減少　５.滞納額の著しい減少　６.滞納額の完納 ７.その他

課使用欄

	課長	補佐	ｸﾞﾙｰﾌﾟ長	ｸﾞﾙｰﾌﾟ	担当			保険証	
決裁						終了させてよろしいか	処理		