介護保険支払方法変更（保険給付差止）終了申請書

相模原市長　　あて

令和　　年　　月　　日

次のとおり、支払方法変更（保険給付差止）措置の終了を申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | | ふりがな |  | 被保険者  との関係 |  |
| 氏名 |  |
| 住所 |  | | ℡ |
| 被保険者 | | ふりがな |  | 被保険者番号 |  |
| 氏名 |  |
| 住所 |  | | ℡ |
| 終了申請をする理由　※該当する項目に☑を記入してください | 次のとおり、相違ありません。  □　滞納していた介護保険料を完納した。（添付書類：領収印のある納付書の写し等）  □　要介護被保険者等が被保護者となった。（添付書類：生活保護受給証明書） 　　被保護者となった日：令和　　年　　月　　日  □ | | | | |