

様式第4号（第8条関係）

美濃加茂市認知症高齢者等個人賠償責任保険変更・廃止届

年 月 日

美濃加茂市長 （氏名） 宛

申請者 住 所
氏 名
連絡先
対象者との続柄（ ）

次のとおり申請内容の変更・廃止の届出をします。また、本保険申請について変更申請内容の確認のために、住民基本台帳の情報について市が確認することに同意します。

届出区分	登録内容の変更 ・ 保険の廃止
------	-----------------

【被保険者名】

ふりがな		生年月日	
氏 名			

申請内容を変更する。（変更する部分のみを記入してください。）

ふりがな	
氏 名	
住 所	美濃加茂市
電話番号	
特記事項	

保険加入を廃止する。（該当部分にチェックを入れてください。）

廃止理由	<input type="checkbox"/> 転出（転出日 ） <input type="checkbox"/> 入院・入所（異動日 ） <input type="checkbox"/> 死亡（死亡日 ） <input type="checkbox"/> 「見守りシール交付事業」の利用を取り下げたため （届出日 ） <input type="checkbox"/> その他
------	--