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 | □転出　(転出日　　　　　　　　　)  □入院・入所　(異動日　　　　　　　　　)  □死亡　(死亡日　　　　　　　　　)  □「見守りシール交付事業」の利用を取り下げたため  （届出日　　　　　　　　）  □その他 |