

様式第3号（第6条、第7条関係）

長久手市認知症高齢者等個人賠償責任保険変更・廃止届

長久手市長 殿

年 月 日

申請者 住所

氏名

電話

被保険者との続柄（ ）

私は、次のとおり申請内容の変更・廃止を届け出ます。

届出区分	<input type="checkbox"/> 申請内容の変更	<input type="checkbox"/> 保険の廃止
------	----------------------------------	--------------------------------

【被保険者情報】

住所		性別	男 ・ 女
ふりがな 氏 名		生年 月日	年 月 日

【変更内容】 申請内容と変更があった箇所のみ記載

住所		性別	男 ・ 女
ふりがな 氏 名		生年 月日	年 月 日
居住状況	自宅 ・ 自宅以外（施設名： ）		

【保険の廃止】 廃止の時のみ記載

廃止理由	<input type="checkbox"/> 長久手市行方不明高齢者保護ネットワーク事業の登録に該当しなくなったため。 <input type="checkbox"/> 利用の意思がなくなったため。 <input type="checkbox"/> 転出したため。（転出日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 死亡したため。（死亡日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 居住状況が変わったため。（施設名： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
------	---