

様式第3号（第8条関係）

京丹後市認知症高齢者等個人賠償責任保険変更・廃止届

年 月 日

京丹後市長 様

届出者 住所

氏名

印

生年月日

電話番号

※ 代理人等による申請の場合は被保険者との関係

( )

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"/> 加入廃止
------	--

【被保険者】

ふりがな 氏 名	
生年月日	年 月 日

① 【申請内容変更】 申請内容に変更が生じた場合に記入

ふりがな 氏 名	
住 所	京丹後市
電話番号	
居所確認	在宅・自宅以外に居住（自宅以外の場合）
特記事項	

② 【加入廃止】 保険加入を取り止める場合に記入

廃止理由	<input type="checkbox"/> 死亡（死亡日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 転出（転出日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 認知症高齢者等の登録者でなくなった <input type="checkbox"/> 保険の加入の辞退
------	---