様式第４号（第８条関係）

年　 　月　 　日

入善町認知症高齢者等個人賠償責任保険加入事項変更・脱退届

入善町長 あて

(加入者) 氏名 （続柄　　　）

住所〒

電話

入善町認知症高齢者等個人賠償責任保険の変更（脱退）をしたいので、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者 | フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 住所 | 入善町 |
| 電話番号 |  |
| 届出の区分 | □変更　・　□脱退 | |
| 変更（脱退）の理由 | １　申請内容を変更する  変更の内容：  ２　保険加入を脱退する  次の理由により対象者の要件に該当しなくなったため  ア　死亡  イ　長期入院・施設入所（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ウ　転出  エ　所在不明となるような行動がなくなった  オ　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |

還付金は下記の口座に振り込んでください。