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。