

様式第3号（第5条、第6条関係）

九重町認知症高齢者等個人賠償責任保険変更・廃止届

年 月 日

九重町長 殿

申請者 住所  
氏名 印  
生年月日  
電話番号  
被保険者との関係（本人・子・その他（ ））

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	①登録内容の変更 ・ ②保険の廃止
------	-------------------

【被保険者】

ふりがな 氏 名	
生年月日	年 月 日

①【申請内容変更】申請内容の変更があった場合のみ記入

ふりがな 氏 名	
住 所	九重町
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【保険の廃止】保険を廃止する場合のみ記入

廃止理由	<input type="checkbox"/> 死亡（死亡日： ） <input type="checkbox"/> 保険の対象者となることの辞退 <input type="checkbox"/> 転出（転出日： ） <input type="checkbox"/> 入院・入所（異動日： ） <input type="checkbox"/> SOSネットワーク事業の登録者でなくなった <input type="checkbox"/> 寝たきり等で行方不明になるおそれなくなった <input type="checkbox"/> その他（ ）
------	---

町記入欄

- SOS登録（済・未）    居所（自宅・自宅外）  
日常生活自立度Ⅱa（以上・未満）