

蒲郡市認知症等個人賠償責任保険変更・廃止届

年 月 日

蒲郡市長 様

申請者 住 所

氏 名

被保険者との続柄（ ）

電話番号

蒲郡市認知症等個人賠償責任保険事業実施要綱第6条及び第7条に基づき、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
---------	---------------------

【被保険者名】

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	蒲郡市
電 話 番 号	

②【保険の廃止】保険を廃止する場合のみ記入

廃 止 理 由	☐ 転出（転出日： ） ☐ 死亡（死亡日： ） ☐ 入院・入所（異動日： ） ☐ 1人での移動が困難になった（ひとり歩きによる行方不明のおそれが無くなった） ☐ その他（ ）
---------	--