

様式第3号（第6条関係）

宇城市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業変更・廃止届

年 月 日

宇城市長 様

届出者 住所
氏名
生年月日
電話番号
被保険者との関係

宇城市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり、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【登録内容変更】登録内容の変更があった場合のみ記入

ふりがな 氏 名	
住 所	宇城市
電話番号	
居所確認	在宅・自宅以外に居住（自宅以外の場合 ）

②【保険の廃止】保険を廃止する場合のみ記入

廃止理由	☐ 死亡（死亡日： ） ☐ 保険の対象者となることの辞退 ☐ 転出（転出日： ） ☐ SOSネットワーク事業の登録者でなくなった ☐ その他（ ）
------	--