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（ ） |