様式第３号（第７条、第８条関係）

紀の川市認知症高齢者等個人賠償責任保険変更・中止届

年　　月　　日

　（宛先）紀の川市長

（被保険者等）

住所

氏名

保険加入対象者との続柄（　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先電話番号

　私は、次のとおり申請内容の変更・中止を届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 届出区分 | □　登録内容の変更　　　□　保険の中止 |

保険加入対象者

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 |  |
| ふりがな氏　　名 |  |
| 性　　別 | □　男　　　　□　女 |
| 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

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 |  |
| ふりがな氏　　名 |  |
| 電話番号 |  |
| 居住状況 | □自宅　　　□自宅以外に居住（　　　　　　　　　　　） |

２　保険の中止　※保険を中止する場合のみ記入

|  |  |
| --- | --- |
| 中止事由 | □　転出　（転出日　　　　　　　　　　）□　死亡　（死亡日　　　　　　　　　　）□　入院・入所（異動日　　　　　　　　）□　保険加入の辞退□　その他（　　　　　　　　　　　　　） |