

射水市長

利用者（届出者）
 住所
 氏名
 被保険者との続柄（ ）
 電話番号

射水市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業利用（変更・廃止）届次のとおり申請内容に（変更・廃止）事由が生じたので届け出ます。

【被保険者】

ふりがな	
氏名	
生年月日	年 月 日

申請内容を変更する。（変更があった項目のみ記入）

ふりがな	
氏名	
住所	
電話番号	

保険加入を辞退する。

廃止理由 （該当するものに☑及び必要事項を記入）	<input type="checkbox"/> 転出（転出日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 死亡（死亡日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 入所・入院（異動日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 射水市認知症高齢者等みまもりあい事業の登録廃止 <input type="checkbox"/> 同種の保険に加入 <input type="checkbox"/> 保険の解約を希望 <input type="checkbox"/> その他 （ ）
-----------------------------	---