

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）	☐ 転出（転出日： 年 月 日） ☐ 死亡（死亡日： 年 月 日） ☐ 入所・入院（異動日： 年 月 日） ☐ 射水市認知症高齢者等みまもり事業の登録廃止 ☐ 同種の保険に加入 ☐ 保険の解約を希望 ☐ その他 （ ）
---	---