

様式第4号（第8条関係）

島原市認知症高齢者等個人賠償責任保険事前登録変更・廃止届

年 月 日

島原市長 様

申請者 住所  
氏名 印  
電話番号  
被保険者との関係  
(本人・配偶者・子・その他 ( ))

私は、次の被保険者について、申請内容の変更・廃止を届け出ます。

届出区分 (該当番号を○で囲む)	① 申請内容の変更 ・ ②保険の廃止
------------------	--------------------

【被保険者】

ふりがな 氏名	
生年月日	年 月 日

① 【申請内容の変更】 (申請内容の変更があった部分のみ記入してください。)

住 所	島原市
電話番号	
居所確認	自宅・自宅以外 ( )
特記事項	

② 【保険の廃止】 (該当するところに☑をつけてください。)

廃止理由	<input type="checkbox"/> 死亡 (死亡日 : ) <input type="checkbox"/> 保険の対象者となることの辞退 <input type="checkbox"/> 転出 (転出日 : ) <input type="checkbox"/> 入院・入所 (異動日 : ) <input type="checkbox"/> 島原市高齢者等SOSおかえりネットワークの登録者でなくなった <input type="checkbox"/> その他 ( )
------	---