

様式第2号（第8条関係）

箕輪町認知症高齢者等個人賠償責任保険変更（廃止）届

年 月 日

箕輪町長

申請者 住 所
 (被保険者) 氏 名
 電 話
 携帯電話
 対象者との関係（配偶者・子・その他（ ））

箕輪町認知症高齢者等個人賠償責任保険の登録、申請内容を変更（廃止）したいので、次のとおり届け出ます。

対象者	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日（ 歳）
	住 所	箕輪町大字 番地
	電話番号	
届出の区分	<input type="checkbox"/> 変更・ <input type="checkbox"/> 廃止	
変更（廃止）の理由	1 登録・申請内容を変更する 変更の内容 2 登録を廃止する 次の理由により対象者の要件に該当しなくなったため ア 死亡 イ 長期の入院、施設入所 ウ 転出 エ 所在不明となるような行動がなくなった オ その他（ ） (2)この事業の利用を辞退したため	