様式第３（第９条関係）

半田市認知症高齢者等個人賠償責任保険変更・廃止届

年　　　月　　　日

半 田 市 長 様

申請者　住　　所

氏　　名

　　　　　　電話番号

保険加入対象者との続柄

次のとおり半田市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業の登録変更・廃止の届出をします。

１．保険加入対象者（被保険者）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |

２．登録内容の変更（※変更内容のみご記入ください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 |  |

３．保険加入の廃止

|  |  |
| --- | --- |
| 廃止理由 | * 死亡（死亡日　　　　年　　　月　　　日） |
| * 転出（転出日　　　　年　　　月　　　日） |
| * 対象者要件を満たさない（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| * 事業辞退 |

４．振込先指定口座

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 店　名 | 預金の種類 | 口　座　番　号 |
| 銀行  金庫  組合 | 店 | 1. 普通 2. 当座 |  |
| 口座名義人  （氏　　　名） | （フリガナ） | | |
|  | | |