様式第４（第９条関係）

犬山市認知症高齢者等個人賠償責任保険加入事項変更・廃止届

　年　　　月　　　日

犬 山 市 長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者との関係

　次のとおり犬山市認知症高齢者保険加入事項の登録変更・廃止の届出をします。

（※該当する□に、✓を入れて記入してください。）

* 申請内容を変更する。（※変更する部分のみ記入してください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　ふりがな被保険者氏名 |  | 性　別 | 男 ・ 女 |
|  |
| 住　　所 | 〒  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 電話番号 | 自宅 | 携帯 |
| 特記事項 |  |

* 保険加入を廃止する。（※該当する番号に○をつけてください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 廃止理由 | １．転出（転出日　　　年　　月　　日　→　転出先：　　　　　　　　）２．入院・入所（異動日　　　　　　　　　　　　　）３．死亡（死亡日　　　年　　月　　日　）４．寝たきり（行方不明になるおそれがなくなった） ５．「見守りシール交付事業」「見守りGPS購入費助成事業」の利用を取下げたため（届出日　　　年　　月　　日　）６．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※保険期間を満了し、更新の手続きを行わなかった場合は、自動的に登録が廃止されます。

* 下記の事項について同意します。

　　①本保険申請について変更申請内容の確認のために、住民基本台帳の情報、要介護認定・

要支援認定に係る調査結果、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書の内

容、介護保険の給付状況について市が確認すること。

②本保険の解約について精算するにあたり、年度末精算を行うため、返金が生じた場合は

　次年度の４月以降となること。

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

（裏面へ続く）

【振込先金融機関】

|  |  |
| --- | --- |
| 銀行　　　　　　　　　本信用金庫　　　　　　　　　店農協　　　　　　　　　支 | 口座名義（カタカナ） |
| （申請者の口座） |
| 普通預金当座預金その他（　　） | 口座番号 |  |