

様式第4号（第8条・第9条関係）

芦屋市認知症高齢者個人賠償責任保険変更・廃止届

芦屋市長 宛

年 月 日

〒

申請者 住 所
氏名（続柄）
電話番号

芦屋市認知症高齢者個人賠償責任保険事業実施要綱第8条又は第9条の規定により、申請内容の変更・廃止について次のとおり申請します。

1 対象者

フリガナ			
氏 名			
住 所	芦屋市		
生年月日		性 別	男・女
電話番号			

2 変更の場合

変更内容	
------	--

3 廃止の場合（該当する事由にチェックを入れてください。）

事由	事由発生日
<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 死亡	年 月 日
<input type="checkbox"/> 保険加入を辞退	
<input type="checkbox"/> その他（ ）	