

認知症高齢者等個人賠償責任保険事業
変更届

年 月 日

(宛先) 瀬戸市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号
被保険者との続柄 ()

年 月 日付けで加入申請結果通知のありました瀬戸市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業について、下記のとおり変更が生じたので届出します。

記

(被保険者)

住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 - 瀬戸市	電話番号	()		
ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日	性別	男・女

(変更内容) ※ 変更が生じる項目に☑をつけ、変更後の内容を記載してください。

<input type="checkbox"/>	住 所	
<input type="checkbox"/>	電話番号	
<input type="checkbox"/>	特記事項	