

第5号様式（第7条関係）

認知症高齢者等個人賠償責任保険事業
辞 退 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、下記のとおり申請内容の辞退を届出します。

記

（被保険者）

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

（辞退の理由）

<input type="checkbox"/> 死亡（死亡日： 年 月 日）
<input type="checkbox"/> 転出（転出日： 年 月 日）
<input type="checkbox"/> 入院・入所（異動日： 年 月 日）
<input type="checkbox"/> 対象者の条件を満たさなくなった（寝たきり等）
<input type="checkbox"/> その他（ ）