

寝屋川市認知症高齢者等個人賠償責任保険変更・廃止届

令和 年 月 日

寝屋川市長 様

住所

申請者
(家族等) 氏名

電話番号

保険加入対象者との関係
(本人・配偶者・子・その他 ())

【被保険者名】

ふりがな 氏 名	
生年月日	年 月 日

【申請内容変更】 申請内容の変更があった場合のみ記入

ふりがな 氏 名	
住 所	寝屋川市
電話番号	
在宅確認	自宅 ・ 自宅以外に居住 ()
特記事項	

【保険の廃止】 保険を廃止する場合のみ記入

廃止理由	<input type="checkbox"/> 転出 (転出日:) <input type="checkbox"/> 死亡 (死亡日:) <input type="checkbox"/> 入院・入所 (異動日:) <input type="checkbox"/> 行方不明になるおそれなくなった (寝たきり等) <input type="checkbox"/> その他 ()
------	--

市記入欄

- 徘徊高齢者発見支援メール事業登録 (済 ・ 未)
- 在宅 (自宅 ・ 自宅外)
- 日常生活自立度Ⅱa (以上 ・ 未満)