

様式第4号（第8条関係）

あま市認知症高齢者等個人賠償責任保険辞退届

年 月 日

あま市長 様

(申請者)  
住 所  
氏 名  
被保険者との続柄  
電 話

あま市認知症高齢者等個人賠償責任保険について、下記の理由により辞退します。

記

被保険者	フリガナ	
	氏 名	
	住 所	あま市
	生年月日	年 月 日

辞退理由	該当する項目の□に✓を入れてください。
	<input type="checkbox"/> 転 出 (転出日： 年 月 日)
	<input type="checkbox"/> 死 亡 (死亡日： 年 月 日)
	<input type="checkbox"/> 入所・入院 (異動日： 年 月 日)
	<input type="checkbox"/> そ の 他 ( )