

様式第3号（第5条関係）

大津市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業異動等届出書

届出日 年 月 日

(宛先)  
大津市長

氏名 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_  
被保険者との関係 \_\_\_\_\_

年 月 日付けで保険事業の利用決定のあったものについて、次のとおり大津市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業実施要領第5条の規定により届出ます。

被 保 険 者	氏 名		生 年 月 日	年 月 日	
	住 所	大津市			
	連絡先	— —			
届 出 事 由	<p>1 申請した事項に変更したため (申請時 : _____) (変更後 : _____)</p> <p>2 被保険者が死亡したため</p> <p>3 被保険者が対象者としての要件を満たさなくなったため (1) 被保険者が入院又は入所・入居したため (<input type="checkbox"/>入院・<input type="checkbox"/>介護医療院・<input type="checkbox"/>介護老人福祉施設・<input type="checkbox"/>介護老人保健施設・ <input type="checkbox"/>有料老人ホーム・<input type="checkbox"/>サービス付き高齢者向け住宅・<input type="checkbox"/>養護老人ホーム・<input type="checkbox"/>軽費老人ホーム・<input type="checkbox"/>認知症対応型共同生活介護・<input type="checkbox"/>障害者支援施設・<input type="checkbox"/>介護保険適用除外施設) (病院又は施設名 : _____)</p> <p>(2) 前号以外の理由 (理由 : _____)</p> <p>4 保険事業を利用する必要がなくなったため</p>				
届 出 事 由 の 生じた年月日	年 月 日				