

(様式第5号)

年 月 日

認知症個人賠償責任保険解約届

豊中市長 あて

届出人 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 ( \_\_\_\_\_ )  
(本人または家族) 住所 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

認知症個人賠償責任保険について、次のとおり解約を届出します。

被保険者氏名	
生年月日	年 月 日
住 所	

解約理由	<input type="checkbox"/> 転出 (転出日 : _____ ) <input type="checkbox"/> 死亡 (死亡日 : _____ ) <input type="checkbox"/> 入院 (入院日 : _____ ) <input type="checkbox"/> 行方不明になるおそれがなくなった (寝たきり等) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
------	---