様式第４号（第８条関係）

年　　月　　日

認知症高齢者等個人賠償責任保険事業解約届

（宛先）伊勢崎市長

届出者　住所

氏名

対象者との続柄

電話番号

認知症高齢者等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。

対象者氏名	
生 年 月 日	
住　　所	

解 約 理 由	□転出（転出日：　　） □入院（入院日：　　） □入所（入所日：　　） □死亡（死亡日：　　） □その他（　　）