

年 月 日

昭島市認知症高齢者等個人賠償補償事業 現況届

(宛先) 昭島市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号
事業加入者との続柄 ()

昭島市認知症高齢者等個人賠償補償事業要綱第10条の規定により、下記のとおり生活状況等について報告します。

記

事業加入者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所		電話番号	

【1. 現在の住まいについて】

在宅である。

施設（施設名： ）に入所している。
（入所日： 年 月 日）

病院（病院名： ）に入院している。
（入院日： 年 月 日）
（退院見込： 年 月 日・未定）

【2. 事業加入の更新について】

加入の継続を希望する。

加入を辞退する。
辞退理由（施設入所・市外への転出・身体状況の変化
その他) のため。

上記のとおり、認知症個人賠償責任保険の加入資格に関する現況を届け出ます。
また、この届出に関し必要な住民基本台帳の情報等について市が確認することに同意します。

年 月 日

署 名 _____

(代筆者 _____ 事業加入者との続柄： _____)