第４号様式（第１１条関係）

白河市認知症高齢者保険加入事項変更・廃止届

　年　　　月　　　日

白河市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者との関係

　次のとおり白河市認知症高齢者保険加入事項の登録変更・廃止を届出ます。（※該当する□に、✓を入れて記入してください。）

* 申請内容を変更する。（※変更する部分のみ記入してください。）

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |
| 住　　所 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 電話番号 | ／携帯 |
| 要介護認定 | 未申請　・　申請中　　要支援（　　　）／　要介護（　　　） |
| 居住状況 | 在宅　・　在宅以外  　※在宅以外の場合（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 特記事項 |  |

* 保険加入を廃止する。（※該当する番号に○をつけてください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 廃止理由 | １．被保険者が死亡したため（死亡日　　　　　　　　　　　　　）  ２．被保険者が保険の脱退を希望するため  ３．被保険者が市外に転出したため（転出日　　　　　　　　　　）  ４．被保険者が在宅でなくなったため（施設入所日　　　　　　　）  ５．被保険者が「白河市認知症高齢者等徘徊SOSネットワーク事  業」の登録者でなくなったため（届出日　　　　　　　　　　　） |

※保険期間を満了し、更新の手続きを行わなかった場合は、自動的に登録が廃止されます。