

様式第3号

年 月 日

井手町長 様

井手町認知症高齢者等個人賠償責任保険事業変更・廃止届

申請者 住 所
氏 名
電話番号
被保険者との続柄 ()

私は、次のとおり申請内容の変更・廃止を届け出ます。

届出区分	<input type="checkbox"/> 登録内容の変更 <input type="checkbox"/> 保険の廃止
------	---

被保険者

氏名	
住所	
生年月日	年 月 日

1 申請内容変更

氏名	
住所	
電話番号	
特記事項	

2 保険の廃止

廃止理由	<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ()
------	--