様式第３号（第６条関係）

三春町認知症高齢者等個人賠償責任保険事業　変更・廃止届出書

年　　月　　日

　三春町長　　　　様

（申請者）住　所

氏　名　　　　　　　　　　　印

電　話

（被保険者氏名　　　　　　　　　　　　）

　　下記のとおり（　変更　・　廃止　）について届出します。

記

１　変更

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　　分 | 変更前 | 変更後 |
| 住　　所 |  |  |
| 電話番号 |  |  |

２　廃止

|  |
| --- |
| 理由 |