

様式第3号（第8条関係）

亀山市認知症等高齢者等個人賠償責任保険事業変更・廃止届

年 月 日

亀山市長 様

〒  
届出者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (続柄)

電話番号 \_\_\_\_\_

亀山市認知症等高齢者等個人賠償責任保険事業実施要綱第8条の規定により、次のとおり届け  
出ます。

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

1 申請内容の変更 ※変更があった場合のみ記入

住 所			
ふりがな		性 別	
氏 名			
生 年 月 日	年 月 日		
電 話 番 号			
特 記 事 項			

2 保険の廃止 ※保険を廃止する場合のみ記入

廃 止 事 由	<input type="checkbox"/> 死亡（死亡日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 第4条第2項の規定に該当しなくなった （異動日： 年 月 日）
---------	--