様式第１号（第3条関係）

杵築市認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請書

年 　 月 　 日

杵築市長　　　　　　　　様

申請者　住　 所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　 名

生年月日

電話番号

　　　　　　　　　 　　　 　保険対象者との関係（本人・子・その他（ 　　 ））

私は、杵築市認知症高齢者等個人賠償責任保険の加入者となることを申請します。

【保険対象者】

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな  氏　　　　名 |  |
| 住　　　　所 | 杵築市 |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　　日 |
| 電話番号 |  |
| 居所 | 在宅　・　自宅以外に居住（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 要介護認定等 | あり　　・　　　なし　　　・　　その他（　　　　　　　　　） |
| 緊急時連絡先 |  |
| 特記事項 |  |

【保険対象者本人同意確認】

私は、下記の事項について同意します。

１　本保険加入申請について、対象要件・変更申請内容確認のために必要がある住民基本台帳の情報、要介護（支援）認定に係る調査結果、主治医意見書の内容、介護保険の給付状況について市が確認すること。

２　保険の対象者となることに必要な個人情報（氏名・生年月日・住所・連絡先）、保険金の請求に係る事故の状況等に関する情報について、保険会社と杵築市が共有すること。

【署名又は記名押印】

　 年 　 月 　 日 　　　　　　　　　　　 印

市記入欄

　　□ ＳＯＳ登録（済・未）　　□　居所（自宅・自宅外）

□　日常生活自立度Ⅱａ（以上・未満） 　□認知症診断（あり・なし）