城陽市認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請書

年　　月　　日

城陽市長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　 申請者　住　 所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　氏　 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　保険加入対象者との続柄　（　　　　）

下記の者について、城陽市認知症高齢者等個人賠償責任保険に次のとおり加入申請します。

【保険加入対象者】（城陽市認知症高齢者等SOSネットワーク事業登録者に限る）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏 名 |  | 性別 |  |
| 住　　所 | 城陽市 | | |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 | | |
| 電話番号 |  | | |
| 居　　所 | 自宅　　・　　自宅以外に居住（　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 要介護認定 | 有　　　・　　　無 | | |
| 特記事項 |  | | |

|  |
| --- |
| 【保険加入同意確認】  私は、次の事項について同意します。  (1)　申請事項及び保険加入に係る対象要件の確認のために必要がある住民基本台帳の情報、要介護・要支援認定に係る調査結果、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医の意見書、介護保険の給付状況について、市が確認をすること。  (2)　氏名、性別、住所、生年月日、連絡先等申請事項に関する情報、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、保険会社と城陽市において共有すること。  【保険加入対象者の署名】  年　　月　　日  （保険加入対象者氏名）  （代筆者氏名）　　　　　 　 　 　　　　　　　　（続柄　　　 　）  　※対象者本人が記入できない場合、家族等が対象者氏名を代筆し、代筆者の氏名及び対象者との続柄を記入してください。 |