

様式第1号（第3条関係）

駒ヶ根市認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請書

年 月 日

（申請先）駒ヶ根市長
（地域保健課）

申請者 住 所
氏 名
保険加入対象者との続柄（ ）
電話番号

下記の者について、駒ヶ根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】

ふりがな 氏 名	
住 所	駒ヶ根市
生 年 月 日	年 月 日
電 話 番 号	
認知症高齢者等見守 り事前登録番号	
特 記 事 項	

【保険加入同意確認】

保険の加入にあたり、下記の事項について同意します。

- 1 対象要件及び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並びに要介護認定又は要支援認定に係る調査結果並びに介護認定審査会による判定結果及び意見並びに主治医意見書の内容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・住所・生年月日・電話番号）、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、保険会社と駒ヶ根市が共有すること。

【対象者の署名】

年 月 日 _____

【代筆者の署名】 _____（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。

市記入欄	認知症高齢者等見守り事前登録	（済・未）
	住民基本台帳	（有・無）