様式第１号（第４条関係）

三春町認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請書

年　　月　　日

　三春町長　様

申請者　住　所

氏　名　　　　　　　　　　　印

保険加入対象者との続柄（　　　）

電話番号

　三春町認知症高齢者等個人賠償責任保険事業実施要綱第４条第１項の規定により、下記のとおり申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 |  |
| 性　　別 | 男　　・　　女 |
| 住　　所 | 三春町 |
| 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） |
| 電話番号 |  |
| 在宅状況 | 在宅　　・　自宅以外（　　　　　　　　　　） |
| 特記事項 |  |

本事業の申請にあたり、下記の事項について同意します。

１　本保険申請について、加入要件・変更申請内容確認等のために必要がある住民基本台帳及び介護保険認定資料を閲覧すること。

２　保険加入に必要な個人情報（氏名・性別・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、保険会社と三春町が共有すること。

【署名又は記名捺印】

年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印