

飯綱町認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請書

年 月 日

飯綱町長 宛て

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、飯綱町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	
性 別	男 ・ 女
住 所	飯綱町大字
生 年 月 日	年 月 日
電 話 番 号	
高齢者等見守りネットワーク登録番号	
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 対象要件およ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ならびに要介護認定または要支援認定に係る調査結果ならびに介護認定審査会による判定結果および意見ならびに主治医意見書の内容について町が確認すること。
- 2 保険の対象者となることに必要な個人情報(氏名・性別・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、保険会社と飯綱町が共有すること。

【対象者の自著または記名押印】

年 月 日 \_\_\_\_\_ ④

【代筆者の自著または記名押印】 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_) ④

※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、代筆者の氏名および対象者との続柄を記入してください。

町記入欄	
	飯綱町認知症SOSネットワーク (済・未)
	住民基本台帳 (有・無)