様式第１号（第４条関係）

湯梨浜町認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請書

令和　　年　　月　　日

湯梨浜町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保険加入対象者との続柄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　下記のとおり、湯梨浜町認知症高齢者等個人賠償責任保険の加入申請をします。

　　【保険加入対象者】

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　名 |  |
| 性　　　別 | 男　　・　　女 |
| 住　　　所 | 　湯梨浜町 |
| 生年月日 | 　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 電話番号 |  |
| 要介護認定 | あり　　・　　なし |
| 特記事項 |  |

|  |
| --- |
| 【保険加入本人同意事項】　以下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・変更申請内容の確認のために必要がある住民基本台帳情報、要介護認定・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、主治医意見書の内容、介護保険の給付状況について町が確認すること。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、保険会社と湯梨浜町が共有すること。　　　　　　　　　　　　　　　　　同意者：　　　　　　　　　　　　　　　 |

町記入欄　□認知症高齢者等事前登録制度登録者　　□在宅（自宅・自宅外）