

三原市長 様

〒

申請者 住所 _____

氏名 _____

対象者との続柄（ _____ ）

電話番号 _____

三原市認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請書

三原市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

[保険加入対象者]

ふりがな	
氏 名	
住 所	三原市
生年月日	年 月 日
電話番号	

保険加入同意確認

本事業の加入申請に当たり、次の事項について同意します。

- 1 加入要件及び申請内容確認のために、住民基本台帳及び介護認定情報（要介護認定等に係る認定調査結果並びに介護認定審査会の結果及び主治医意見書の内容）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、住所及び電話番号）及び保険金請求に係る事故の状況等に関する情報について、保険会社と三原市が共有すること。
- 3 保険加入に関する手続を三原市が行うこと。

【署名又は記名捺印】

年 月 日 _____ 印

※自署の場合、押印不要

<三原市高齢者福祉課処理欄>

受付日	保険加入開始日	保険加入取消日

三原市長 様

記入例

令和3年9月9日

723-0000

申請者 住所 三原市港町3丁目●-●

氏名 三原 太郎

対象者との続柄（ 子 ）

電話番号 090-●●●●-■●■●

三原市認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請書

三原市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

〔保険加入対象者〕

ふりがな	みはら はなこ
氏名	三原 花子
住所	三原市 中之町●丁目■-●
生年月日	昭和10年 ● 月 ● 日
電話番号	0848-●●-●■▼●

保険加入同意確認

本事業の加入申請に当たり、次の事項について同意します。

- 加入要件及び申請内容確認のために、住民基本台帳及び介護認定情報（要介護認定等に係る認定調査結果並びに介護認定審査会の結果及び主治医意見書の内容）を閲覧すること。
- 保険加入に必要な個人情報（氏名、性別、生年月日、住所及び電話番号）及び保険金請求に係る事故の状況等に関する情報について、保険会社と三原市が共有すること。
- 保険加入に関する手続を三原市が行うこと。

【署名又は記名捺印】

令和3年 9月 9日

三原 花子

印

※自署の場合、押印不要

<三原市高齢者福祉課処理欄>

受付日	保険加入開始日	保険加入取消日

