

様式第1号（第6条関係）

京丹後市認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請書

年 月 日

京丹後市長 様

申請者 住所
氏名 印
生年月日
電話番号

※ 代理人等による申請の場合は認知症高齢者等との関係
()

認知症高齢者等個人賠償責任保険に加入したいので、次のとおり申請します。

【被保険者となる者】

ふりがな 氏名	
性別	男・女
住所	京丹後市
生年月日	年 月 日
電話番号	
居所	在宅・自宅以外に居住（ ）
要介護認定等	有・無・その他（ ）
特記事項	

【被保険者となる者の同意確認】

私は、次の事項について同意します。

- (1) 申請事項及び保険加入に係る対象要件の確認に必要最小限の範囲において住民基本台帳、要介護・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、主治医の意見書、介護保険の給付状況について、市が確認をすること。
- (2) 氏名、性別、住所、生年月日、連絡先等申請事項に関する情報、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、保険会社と京丹後市において共有すること。

年 月 日

..... 印

※ 代理人等による申請の場合は、当該代理人等が被保険者となる者の確認を得て記名押印のこと。