

様式第 1 号（第 7 条関係）

海津市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業利用申請書

年 月 日

海津市長 宛て

申請者 住所
氏名
保険加入対象者との続柄（ ）
電話番号

海津市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業実施要綱第 7 条の規定により、下記のとおり申請します。

記

保険加入対象者

住 所	海津市		
ふりがな			
氏 名			
性 別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日
在宅区分	自宅・自宅以外に居住（自宅以外の場合 ）		
同 意 書			
1 事業の利用（保険の加入）申請及び変更届出の内容確認のために必要がある場合に、市が住民基本台帳を閲覧すること。			
2 事業の利用（保険の加入）に必要な個人情報（住所、氏名、性別、生年月日、連絡先等）及び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、市と保険会社が共有すること。			
3 申請内容に変更（転居、転出、施設入所、死亡等）が生じた場合は、速やかに変更・廃止届を市に提出すること。			
4 事業と補償内容が重複する保険（個人賠償保険、日常生活賠償保険等）の被保険者でないこと。			
5 市と契約した保険会社が定める約款、特約条項等で免責とされる事故については、補償の対象とされない場合があること。			
本事業の申請に当たり、上記の事項について同意します。			
申請者氏名			

【市記入欄】	靴用ステッカーNo.	みまもりシール No.
--------	------------	-------------