

滑川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

滑川市長 様

滑川市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業について、次のとおり申請します。

対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	滑川市		
	電話番号			
備考				

【同意欄】

事業を利用するにあたり、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、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、保険会社と滑川市が共有すること。
- 3 保険加入に関する手続を滑川市が行うこと。

年 月 日

対象者氏名 \_\_\_\_\_

介護者等氏名 \_\_\_\_\_

対象者との関係（\_\_\_\_\_）