様式第１号（第４条関係）

入善町認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請書

年　　月　　日

入善町長　あて

(申請者)　氏名　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　）

住所　〒

電話

次のとおり、入善町認知症高齢者等個人賠償責任保険事業に加入申請します。

【対象者（被保険者）】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 性別 | 男　・　女 |
| 住所 | 入善町 |
| 生年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 電話番号 |  |
| 要介護認定 | 未申請　・　申請中　・　　要支援（　　　）/要介護（　　　） |
| 　居住状況 | 在宅 ・　自宅以外に居住（　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 【同意欄】１　保険加入の可否の決定のために、入善町が対象者の住民基本台帳及び要介護認定に係る情報を閲覧することに同意します。２　個人情報の取り扱いについて、記入した対象者の情報（氏名・性別・生年月日・住所・連絡先）について、町が契約した保険会社へ提供することに同意します。申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　 |

※町記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 課長 | 係長 | 係員 | 主務 |  | SOSネット登録 | 済　・　未 | 決定 |
|  |  |  |  |  | 認知症高齢者日常生活自立度 |  | 可 / 否 |
|  | 入院・入所 | 無　・　有 |