

様式第1号（第4条関係）

宇城市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業申請書

年 月 日

宇城市長 様

申請者 住所  
氏名  
生年月日  
電話番号  
被保険者との関係

宇城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。

【被保険者】

ふりがな 氏名	
住所	宇城市
生年月日	年 月 日
電話番号	
居所	在宅 ・ 自宅以外に居住（自宅以外の場合）

【被保険者本人同意確認】

私は、下記の事項について同意します。

- 1 本保険申請について対象要件・変更申請内容確認のために必要がある住民基本台帳の情報、要介護認定・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、主治医意見書の内容、介護保険の給付状況、市税等の滞納状況について市が確認すること。
- 2 保険の対象者となることに必要な個人情報（氏名・性別・生年月日・住所・連絡先）、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、保険会社と宇城市が共有すること。

【署名】 年 月 日

本人自署（氏名） \_\_\_\_\_

代筆者（氏名） \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_