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  |