様式第1号（第4条関係）

都留市認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請書

年　　月　　日

　都留市長　様

申請者

住所

氏名

被保険者との続柄（　　　　）

連絡先電話番号

　私は、都留市認知症高齢者等個人賠償責任保険に、次のとおり加入申請します。

保険加入対象者

|  |  |
| --- | --- |
| 住　所 | 都留市 |
| 氏　名 |  | 性　別 | □男　　　□女 |
| 生年月日 | 年　　月　　日（　　　歳） | 電話番号 |  |
| 居住状況 | * 在宅　　　□　自宅以外に居住（　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 添付書類 | * 診断書　　□　要介護又は要支援認定済
 |
| 特記事項 | 同様の保険加入の有無　　□有　　　□無 |

保険加入同意確認

|  |
| --- |
| 　本事業の加入申請にあたり、下記の事項について同意します。１　本保険申請について加入要件・変更申請内容確認のために必要がある住民基本台帳情報、介護認定情報、市税等納付状況等について閲覧又は調査をすること。２　保険加入に必要な個人情報（氏名・性別・生年月日・住所・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、保険会社と都留市が共有すること。署名又は記名捺印　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

|  |
| --- |
| 市記入欄１　SOSネットワーク登録状況　□登録済（ 登録番号　　　 　　）　２　居住状況　□自宅 　　□自宅外（　　　　　　　　　　　　）　　３　添付書類　□診断書 　□主治医意見書　日常生活自立度Ⅱa以上　４　市税等の納付状況　□滞納なし　　□滞納あり |