

宝塚市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業利用申請書

宝塚市長 宛

年 月 日

【申請者】

〒 _____
住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

対象者との続柄 _____

宝塚市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業の利用について、次のとおり申請します。

【加入対象者】

ふりがな	
氏 名	
生年月日	大正 ・ 昭和 年 月 日
住 所	〒 宝塚市
電話番号	
書類送付先 (1つ選ぶ)	対象者住所 ・ 申請者住所 ・ 下記の住所
	(住所) 〒
	(氏名) (対象者との続柄)

【同意確認】

本事業の利用申請にあたり、以下の事項について同意します。

1. 申請事項及び申請要件の確認のために必要がある住民基本台帳の情報及び介護認定の状況について市が確認をすること
2. 保険加入に必要な個人情報（氏名・生年月日・住所・連絡先・書類送付先）、保険金等の請求に係る事故の状況等に関する情報について、保険会社と市が共有すること

年 月 日

同意者氏名 _____

対象者との続柄 _____

市記入欄

住所		登録		在宅	
認定					