様式第１号（第５条関係）

紀の川市認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請書

年　　月　　日

　（宛先）紀の川市長

（申請者）

住　所

氏　名

　　　保険加入対象者との続柄（　　　）

連絡先電話番号

私は、紀の川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 |  |
| ふりがな氏　　名 |  | 性　別 | □男　　□女 |
| 生年月日 | 年　　月　　日　（　　　歳） | 電話番号 |  |
| 居住状況 | □自宅　　　　□自宅以外に居住（　　　　　　　　　　　） |

保険加入同意確認

|  |
| --- |
| 　本事業の加入申請に当たり、次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となる住民基本台帳情報、介護認定情報その他の市が保有する対象者の情報を利用すること。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）、保険金の請求に必要な事故の状況等に関する情報について、保険会社と紀の川市が共有すること。　　　　年　　月　　日申請者署名又は記名　　　　　　　　　　　　 |

|  |
| --- |
| 市記入欄１　ほっと安心ネットワーク事業登録状況　□登録済（ 登録番号　　　）２　居住状況　　　□自宅 　　□自宅以外（　　　　　 　　　　　 　） |