

様式第1号（第3条関係）

九重町認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請書

年 月 日

九重町長 殿

申請者 住所
氏名 印
生年月日
電話番号
保険対象者との関係（本人・子・その他（ ））

私は、九重町認知症高齢者等個人賠償責任保険に加入することを、次のとおり申請します。

【保険対象者】

ふりがな 氏 名	
性 別	男 ・ 女
住 所	九重町
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）
要介護認定等	有り ・ 無し ・ その他（ ）
特記事項	

【保険対象者本人同意確認】

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について町が確認すること。
- 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、保険会社と九重町が共有すること。

【署名又は記名押印】

年 月 日 _____ 印

町記入欄

- SOS登録（済・未） 居所（自宅・自宅外）
 日常生活自立度Ⅱ a（以上・未満）