

認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請書

蟹江町長様

〒 ー

申請者 住所

氏名

保険加入者との続柄（ ）

電話番号

私は、蟹江町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】

ふりがな			男 ・ 女
氏名			
生年月日	年 月 日		
住所	蟹江町		
電話番号			
緊急連絡先①	氏名 (続柄：)	住所 〒 ー	
	電話番号 (日中)	(夜間)	
緊急連絡先②	氏名 (続柄：)	住所 〒 ー	
	電話番号 (日中)	(夜間)	
特記事項			

【保険加入に係る同意兼誓約】

本事業の加入申請にあたり、下記の事項について同意・誓約します。

- 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（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及び介護保険の給付状況について蟹江町が確認することに同意します。
- 2 保険加入に必要な個人情報及び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、保険会社と蟹江町が共有することに同意します。
- 3 他の同様の個人賠償責任保険等に加入していないことを誓います。
- 4 保険加入に関する手続を蟹江町が行うことに同意します。

【署名欄】

年 月 日 _____