

別記

様式第1号（第3条関係）

栗東市認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請書

年 月 日

栗東市長 宛

申請者 住 所

氏 名

保険加入希望者との続柄（ ）

電話番号

下記の者について、栗東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。

【保険加入希望者】

ふりがな 氏 名	
性 別	男 ・ 女
住 所	栗東市
生 年 月 日	年 月 日
電 話 番 号	
特 記 事 項	

【保険加入同意確認】

保険の加入にあたり、下記の事項について同意します。

- 1 対象要件及び内容確認のために、必要に応じて住民基本台帳、要介護認定又は要支援認定に係る調査結果並びに介護認定審査会による判定結果及び意見並びに主治医意見書の内容又は基本チェックリストの結果等について栗東市が確認します。
- 2 保険の対象者となることに必要な個人情報（氏名・性別・住所・生年月日・電話番号）、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、保険会社及び受付窓口と栗東市が共有すること。
- 3 登録事項（特徴、連絡先等）に変更が生じた場合は変更、廃止届（別記様式第3号）を速やかに提出ください。

【保険加入希望者の署名又は記名押印】

年 月 日 _____

【代筆者の署名又は記名押印】

_____（続柄 _____）

※保険加入希望者本人が記入できない場合、家族等が保険加入希望者氏名を代筆し、代筆者の氏名及び保険加入希望者との続柄を記入してください。

【申請者がケアマネジャー又は地域包括支援センター職員である】

- 本人以外の申請者がいない。 本人以外に申請できる者がいるが、遠方又は概ね1年以上交流がなく、申請手続が困難である。
- その他の理由（ _____ ）

市記入欄

見守りネットワーク登録（済・未）

住民基本台帳（有・無）

事前登録番号 栗東一

申請時刻（ 時 分）