

様式第3号（第8条関係）

多気町認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請書

（宛先）多気町長

【申請者】

届出日： 年 月 日

氏名 (署名又は記名押印)	登録者 との続柄	
住所	電話番号	

私は、多気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】

フリガナ			
氏名			
住所			
生年月日		性別	
電話番号			
居住確認 ）	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外に居住（施設名 ）		
SOS登録番号	多気町 一		特記事項
要介護認定等	有【要支援（ ）・要介護（ ）】・申請中 認定期間（R / / ~ R / / ）		

【保険加入本人同意確認】※同意確認は、本人、親族、法定代理人の方が記載してください。

私は下記の事項について同意します。

- ・本保険申請及び更新時等において対象要件・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、介護認定状況（介護度・介護認定期間・主治医意見書）を多気町が確認すること
- ・保険金の対象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、保険会社と多気町が共有すること

また、事故があった場合、速やかに多気町へ報告します。

年 月 日

申請者氏名

（署名又は記名押印）

（加入対象者との関係

）

町記入欄

対象確認	<input type="checkbox"/> 介護保険主治医意見書 (アルツハイマー型・血管性・レビー小体型・前頭側頭型・混合型・病型不詳)	
登録番号	徘徊SOS登録番号 (多気町一) 個人賠償保険登録番号 ()	
特記事項		受付