

松阪市認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請書

(宛先) 松阪市長

【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、松阪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。

【保險加入対象者】

フリガナ		
氏名		
住所		
生年月日		
電話番号		
居住確認	☐ 在宅 ☐ 自宅以外に居住（施設名 ）	
SOS登録番号	松阪市 ー	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）を松阪市が確認すること
・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、保険会社と松阪市が共有すること
また、事故があった場合、速やかに松阪市へ報告します。

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)

※ 加入要件に該当するか市で確認し、後日「結果通知書」を申請者宛に送付します。

市記入欄

対象確認	☐ 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	おかえりSOS登録番号(松阪市—) 個人賠償保険登録番号()