様式第１号（第５条関係）

年　　月　　日

府　中　町　長

　　　　〒

申請者　住所

氏名

対象者との続柄（　　　　　　）

電話番号

府中町認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請書

府中町認知症高齢者等個人賠償責任保険事業実施要綱第５条の規定により、次のとおり申請します。

［保険加入対象者］

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 府中町 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 電話番号 |  |

保険加入同意確認

本事業の加入申請に当たり、次の事項について同意します。

１　加入要件及び申請内容確認のために、住民基本台帳及び介護認定情報（要介護認定等に係る認定調査結果並びに介護認定審査会の結果及び主治医意見書の内容）を閲覧すること。

２　保険加入に必要な個人情報（氏名、性別、生年月日、住所及び電話番号）及び保険金請求に係る事故の状況等に関する情報について、保険会社と府中町が共有すること。

３　保険加入に関する手続を府中町が行うこと。

　　【対象者の署名又は記名】

年　　　月　　　日

代筆者の署名

受付印

**保険加入後、以下の事由が生じた場合は、**

**別紙「様式第３号」をご提出いただくことになりますので、ご承知おきください。**

**〇 申請者又は保険加入者の**

**住所・氏名・電話番号の変更**

**〇 保険加入者の**

**転出・死亡・入院・入所**