

様式第 1 号（第 5 条関係）

あま市認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請書

年 月 日

あま市長 様

（申請者）住 所

氏 名

保険加入対象者との続柄

電 話

あま市認知症高齢者等個人賠償責任保険の加入について、下記のとおり申請します。
記

【保険加入対象者】

フリガナ			
氏 名			
生 年 月 日	年 月 日	性 別	男 ・ 女
住 所	あま市		
電 話 番 号			
自宅の状況	持家 ・ 借家 ・ その他（ ）		
備 考			

【保険加入に係る同意兼誓約】

本保険の申請にあたり、以下の事項について同意・誓約します。 1 本保険の対象者としての要件を確認するため、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、市町村民税の課税情報等について、あま市が確認することに同意します。 2 保険の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、保険会社とあま市が共有することに同意します。 3 保険の加入に関する手続きをあま市が行うことに同意します。 4 他に同様の個人賠償責任保険に加入していないことを誓約します。 【申請者署名欄】 年 月 日 _____
--