

様式第1号（第5条関係）

美濃加茂市認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請書

年 月 日

美濃加茂市長 （氏名） 宛

申請者 住 所
氏 名
連絡先
対象者との続柄（ ）

美濃加茂市認知症高齢者等個人賠償責任保険について、同意事項に同意の上、次のとおり申請します。

加 入 対 象 者	ふりがな		生年月日	
	氏 名			
	住 所	美濃加茂市		
	連 絡 先			
	在 宅	在宅 ・ 自宅以外に居住(自宅以外の場合：)		
	見守り シール	個別番号		
	特記事項			

【同意事項】

- 1 本保険申請について加入要件内容の確認のために、住民基本台帳の情報及び美濃加茂市見守りシール交付事業加入状況について市が確認すること。
- 2 保険加入に必要な個人情報（氏名・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、保険会社と美濃加茂市が共有すること。
- 3 下記の事項について相違ありません。
本保険申請にあたり、同様の保険に加入していないこと。