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。