第１号様式（第５条関係）

春日井市認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請書

年　　月　　日

（宛先）春日井市長

申請者　住所

氏名

対象者との続柄（　　　　　　　　　）

連絡先（　　　　　　　　　　　　　）

　春日井市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業実施要綱第５条に基づき、次のとおり申請します。

【保険の被保険者】

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名(ふりがな) |  |
| 住　　所 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 電話番号 |  |
| 特記事項 |  |
| 類似保険加入状況 | 無し　　・　　有り |

私は、本事業の利用申請に当たり、次の事項について同意します。

１　市が本保険申請について加入要件・変更申請内容の確認のため、必要な範囲において住民基本台帳、要介護認定情報等市が保有する情報を利用すること。

２　保険加入に必要な、保険の被保険者及び申請者の個人情報（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、保険会社と市が共有すること。

【保険の被保険者】　　　　　　　　　　　【申請者】

氏名（自署）　　　　　　　　　　　　　　氏名（自署）