様式第１号（第3条関係）

豊後大野市認知症高齢者等個人賠償責任保険対象申請書

令和　　年　 月　 日

豊後大野市長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 住所 |
| 氏名 　　印 |

生年月日

電話番号

　　　　　　　　　 保険対象者との関係（本人・子・その他（ ））

私は、豊後大野市認知症高齢者等個人賠償責任保険の対象者となることを、次のとおり申請します。

【保険対象者】

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな  氏　名 |  |
| 性 別 | 男 ・ 女 |
| 住 所 | 豊後大野市 |
| 生年月日 | 年 　　 月 　　 日 |
| 電話番号 |  |
| 居　所 | 在宅 ・ 自宅以外に居住（自宅以外の場合 　 ） |
| 要介護認定等 | 有り ・ 無し ・ その他（　　　　　　　　　 　　 ） |
| 特記事項 |  |

|  |
| --- |
| 【保険対象者本人同意確認】  私は、下記の事項について同意します。  １　本保険申請について対象要件・変更申請内容確認のために必要がある住民基本台帳の情報、要介護認定・要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、介護保険の給付状況について市が確認すること。    ２　保険の対象者となることに必要な個人情報（氏名・性別・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、保険会社と豊後大野市が共有すること。  【署名又は記名押印】  年 月 日 　　　　　　　　 印 |

|  |
| --- |
| 市記入欄  □ＳＯＳ登録（済・未）　□居所（自宅・自宅外）　□日常生活自立度Ⅱａ（以上・未満） |