

認知症高齢者等個人賠償責任保険事業利用申請書

年 月 日

甲賀市長 あて

申請者 住 所

氏 名

被保険者との続柄

電話番号

甲賀市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

【保険加入対象者】

| | |
|-------------|-------|
| ふりがな 氏 名 | |
| 住 所 | 甲賀市 |
| 生 年 月 日 | 年 月 日 |
| 電 話 番 号 | |

【事業利用（保険加入）同意確認】

事業利用（保険の加入）に当たり、次の事項について同意します。

- 1 対象要件・変更申請内容確認のために必要がある情報について市が関係機関に照会すること。
- 2 事業（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・電話番号）、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。

【署名】 年 月 日

対象者署名（氏名） _____

代筆者署名（氏名） _____（続柄 _____）