

様式第1号(第3条関係)

播磨町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

播磨町長 様

申請者 〒

住所

氏名

被保険者との続柄 ()

電話番号 ()

播磨町認知症高齢者等個人賠償責任保険事業実施要綱第3条の規定により、次のとおり申請します。

【保険の被保険者】

ふりがな 氏名	
住 所	
生年月日	年 月 日
電話番号	
該当項目	<input type="checkbox"/> 認知症(恐れのあるものを含む) <input type="checkbox"/> 見守りが必要な障がい児、障がい者 <input type="checkbox"/> その他
同内容の 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 町が本保険申請について申請要件・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、要介護認定情報等町が保有する情報を利用すること。
- 2 申請に必要な、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、保険会社と町が共有すること。

【保険の被保険者】

【申請者】

氏名 _____

氏名(自署) _____

代筆者 _____ (続柄) _____