

認知症高齢者等個人賠償責任保険事業
加入申請書

年 月 日

(宛先) 瀬戸市長

申請者 住所
氏名
電話番号
保険加入対象者との続柄 ()

私は、瀬戸市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業に、次のとおり加入申請します。

記

(保険加入対象者)

住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 瀬戸市	電話番号	()		
ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日	性別	男・女
特記事項					

(保険加入同意確認)

本事業の加入にあたり、以下の事項について同意します。

- 1 加入要件、変更申請確認のために住民基本台帳を閲覧すること。
- 2 保険加入に必要な個人情報【氏名、性別、生年月日、住所、連絡先】及び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、保険会社及び瀬戸市が共有すること。
- 3 保険加入に関する手続きを瀬戸市が行うこと。

【署名】

年 月 日

※ 受付職員の確認欄

受付	おかえりサポート登録番号	対象理由	送付先変更
		<input type="checkbox"/> 認知症自立度がⅡaからⅣまで又はMかつ障害自立度がJ2～A2に該当 <input type="checkbox"/> 認定調査において、「徘徊」「外出して戻れない」で「ある」「ときどきある」に該当 <input type="checkbox"/> 認知症の診断があり、外出して戻れないことがあるに該当	