

北方町認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請書

年 月 日

北方町長 様

住 所
申請者
氏 名

保険加入対象者との関係（本人・子・その他（ ））

私は、北方町認知症高齢者向け個人賠償責任保険に次のとおり加入申請します。

【保険加入対象者】

ふりがな 氏 名	
性 別	男 女
住 所	本巣郡北方町
生 年 月 日	年 月 日
電 話 番 号	
在 宅	在宅・自宅以外に居住（自宅以外の場合）
要介護認定	あり・なし・その他（ ）
特 記 事 項	

【保険加入同意確認】

本事業の加入申請にあたり、下記の事項について同意します。

- 本保険申請について加入要件・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、主治医意見書の内容について町が確認すること。
- 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）、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、保険会社と北方町が共有すること。

【署名】

年 月 日 _____

【町記入欄】

- | | |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 見守りシール台帳登録 | <input type="checkbox"/> 在宅（自宅・自宅外） |
| <input type="checkbox"/> 認知症の診断（有 無） | <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 外出すると戻れない |
| <input type="checkbox"/> 認知症高齢者の自立度（自立 I II III IV M） | |