

記入例

東郷町認知症高齢者等個人賠償責任保険事業適用申請書

年 月 日

東郷町長 殿

申請者 住 所 東郷町大字春木字羽根穴1番地

本人以外で、保険会社と実際のやり取りができる方の連絡先を記入してください。

氏 名 東郷 花子
保険加入対象者との続柄（ 妻 ）
電話番号 （0561）- 38-1111

私は、次に記載する者について東郷町認知症高齢者等個人賠償責任保険事業の適用を申請します。

【保険加入対象者】

ふりがな氏名	とうごう たらう 東郷 太郎
住 所	東郷町大字春木字羽根穴1番地 ※申請者と同じ場合は「同上」でも可
生年月日	昭和〇〇年△△月××日
電話番号	(0561)-38-1111 ※申請者と同じ場合は「同上」でも可

該当項目に☑をしてください。 **すべてにチェックのある方が対象となります。**

- ☐ 東郷町に住所を有し、現に居住している
- ☐ 介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入所していない
- ☐ 認知症対応型共同生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護を受けていない
- ☐ 有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム又はサービス付き高齢者向け住宅に入居していない
- ☐ 医療機関に入院していない
- ☐ 東郷町ひとり歩き高齢者等見守りネットワーク事前登録届を届け出している

【保険加入同意確認】

本事業の適用申請に当たり、次の事項について同意します。

- 1 本保険申請に係る加入要件・変更申請内容確認のために必要な範囲において、住民基本台帳その他東郷町が保有する本人の情報を利用すること。
- 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）、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、保険者と東郷町が共有すること。

【署名又は記名押印】 〇〇年 △△月 ××日 東郷 花子 印

申請者の方の署名または記名押印を忘れずをお願いします。