

様式第1（第5条関係）

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

氏 名

保険加入対象者との続柄（ ）

電話番号

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	
住 所	東郷町
生 年 月 日	年 月 日
電 話 番 号	
<p>該当項目に☑をしてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 東郷町に住所を有し、現に居住している</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 医療機関に入院していない</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p>	

【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】 年 月 日 \_\_\_\_\_