

様式第1号（第4条関係）

橋本市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

（あて先）橋本市長

申請者 住 所

氏 名 ⑩

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橋本市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	橋本市
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 ）
見守り・安心 シ ー ル	登録番号
特 記 事 項	

【保険加入同意確認】

本事業の適用申請に当たり、下記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、主治医意見書その他市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、保険者と橋本市が共有すること。

【署名又は記名押印】 年 月 日 _____ ⑩

市記入欄

- 見守り・安心シール台帳登録 在宅（自宅・自宅外）