

様式第1号（第4条関係）

三島市認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請書

年 月 日

三島市長 豊岡 武士 あて

三島市認知症高齢者等個人賠償責任保険に加入したいので、次のとおり申請します。

【申請者】

(ふりがな)		対象者 との続柄	
氏 名			
住 所	〒		
電話番号 (自宅)		電話番号 (携帯電話)	

【保険加入対象者】

(ふりがな)		旧姓	
氏 名			
住 所	〒411- 三島市		
生 年 月 日	年	月	日 年 齡 歳
電 話 番 号			
在 宅 状 況	在宅 ・ 自宅以外に居住（実際の居所）		
見 守 り 登 録	登録番号		
特 記 事 項			

【保険加入同意確認】

本事業の加入申請に当たり、以下の事項について同意します。

- 1 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を閲覧すること。
- 2 保険加入に必要な個人情報（氏名・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、保険会社と三島市が共有すること。

年 月 日

(記名押印又は署名) _____ ④ (対象者
との続柄)

※市記入欄

<input type="checkbox"/> 見守り登録	<input type="checkbox"/> 在宅（自宅・自宅外）	<input type="checkbox"/> 申請者身分証明	<input type="checkbox"/> 他の賠償責任保険加入
--------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------