

六ヶ所村認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請書

年 月 日

六ヶ所村長 様

申請者  
住所  
氏名  
電話番号  
対象者との関係

私は、六ヶ所村認知症高齢者等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】

氏名	
性別	男 ・ 女
住所	六ヶ所村
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）
介護申請	有り・無し・その他（）
特記事項	

【保険加入本人同意確認】

私は、下記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の情報、要介護認定・要支援認定に係る調査結果、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書の内容、介護保険の給付状況について村が確認すること。
- 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、保険会社と六ヶ所村が共有すること。

【署名又は記名押印】

年 月 日

印

村記入欄

在宅（自宅・自宅外） 日常生活自立度Ⅱa（以上・未満）