

様式第 1 号

井手町認知症高齢者等個人賠償責任保険事業利用申請書

年 月 日

井手町長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号
保険加入対象者との続柄（ ）

井手町認知症高齢者等個人賠償責任保険事業利用について、下記のとおり申請します。

ふりがな 氏 名	
住所	
生年月日	
電話番号	
SOS ネットワーク 登録番号	

【保険加入同意確認】

本事業の加入申請にあたり、下記の事項について同意します。

- 1 申請事項及び保険加入に係る対象要件の確認のために必要な住民基本台帳の情報、介護認定審査会情報等について町が確認すること。
- 2 保険加入に必要な個人情報（氏名、住所、生年月日、電話番号等）、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、保険会社と町において共有すること。

署名

年 月 日

(保険加入対象者氏名) _____
(代筆者氏名) _____ (続柄 _____)