第１号様式（第３条関係）

白河市認知症高齢者保険加入申請書

　年　　　月　　　日

白河市長

　　白河市認知症高齢者個人賠償責任保険に、次のとおり加入申請します。

□申請者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | |
| 住　　所 | 〒 | |
| 電話番号 |  | 携帯 |
| 登録者との関係 |  | |

* 保険加入対象者

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |
| 性　　別 | 男　　・　　女 |
| 住　　所 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 電話番号 | ／携帯 |
| 要介護認定 | 未申請　・　申請中　　要支援（　　　）／　要介護（　　　） |
| 居住状況 | 在宅　・　在宅以外  　※在宅以外の場合（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 特記事項 |  |

* 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・変更申請内容の確認のために、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市が確認すること。

② 保険加入に必要な個人情報（（氏名・性別・生年月日・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、保険会社と白河市が共有すること。

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

【市記入欄】

□白河市認知症高齢者等SOSネットワーク登録（　済　・　未　）

□他保険加入の有無（　無・有［　　　　　　　　　　　　　　］）

□施設入所の有無（　無・有［　　　　　　　　　　　　　　　］）