

様式第1号（第5条、第6条関係）

年 月 日

射水市長

申請者 住所
氏名
対象者との続柄 （ ）
電話番号

射水市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業利用（継続）申請書

射水市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業実施要綱第5条（第6条）の規定により、事業を利用（継続）したいので、下記に同意のうえ、次のとおり申請します。

【対象者（被保険者）】

ふりがな 氏名	
性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日
住所	射水市
電話番号	
射水市認知症高齢者等 みまもりあい事業の登録	有 ・ 申請中
市加入保険と同種の 保険の加入	無
要介護度等	要介護（1・2・3・4・5）・要支援（1・2） 認定期間（ 年 月 日まで）
特記事項	

【保険加入に関する同意確認】

- (1) 申請事項及び保険加入に係る対象要件の確認のため、住民基本台帳、要介護・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、主治医意見書、介護保険の給付状況、射水市認知症高齢者等みまもりあい事業の登録状況等について、市が公簿等で確認をすること。
- (2) 氏名、性別、住所、生年月日、連絡先等申請事項に関する情報、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、保険会社と市において共有すること。