様式第1号（第3条関係）

粕屋町認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請書

年　　月　　日

粕屋町長 様

（申請者）住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

※署名の場合は捺印不要

電話番号

保険加入対象者との関係（本人・子・その他（　　　　 ））

 　粕屋町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 | 粕屋町 |
| 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　　　　　　　　　　）  |
| 要介護認定 | 有り ・ 無し ・ その他（　　　　　　　　）  |
| 特記事項 |    |

**【保険加入本人同意確認】**

 　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町が確認すること。
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、保険会社と粕屋町が共有すること。

【署名又は記名捺印】

 　　　　　　　年　　　月　　　日 　　　　　　　　　　　　　　　　 印

**町記入欄**

□SOSネット登録（済・未）□在宅（自宅・自宅外）

□認知症日常生活自立度（Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・M）□障害日常生活自立度（B・C）