

記入例

申請者の署名等をお願いします。

草津市認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請書
令和 年 月 日

草津市長 宛

申請者 住所
氏名 (印)
保険加入対象者との続柄 ()
電話番号

下記の者について、草津市認知症高齢者等個人賠償責任保険に加入します。

対象者の氏名等をお願いします。

【保険加入対象者】

フリガナ 氏名		性別	
住所			
生年月日		電話番号	
草津市認知症高齢者等見守りネットワーク事前登録番号	草津一		
特記事項	登録されている番号がご不明な場合や、見守りネットワーク事前登録と同時申請の場合は、 空欄 で結構です。		

【保険加入同意】

保険の加入に同意します。

- 対象要件および見守りネットワーク事前登録と同時申請の場合、住民基本台帳の情報が正確であることを確認し、介護認定または要支援認定、介護認定審査会からの審査結果および意見ならびに主治医意見書の内容または基本チェックリストを確認すること。
- 保険の対象者となることに必要な個人情報（氏名・性別・住所・電話番号）を正確に入力し、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、保険会社から求められる情報を提供すること。

対象者の署名等をお願いします。

【対象者の署名または記名押印】

令和 年 月 日 _____ (印)

【代筆者の署名または記名押印】

_____ (続柄) _____ (印)
※対象者本人が記入できない場合、家族等が対象者氏名を代筆し、代筆者の氏名および対象者との続柄を記入してください。

市記入欄

- 見守りネットワーク登録 (済・未) 住民基本台帳 (有・無)
 基本チェックリスト確認 (聞き取り・筆記)