

寝屋川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

寝屋川市長 様

住所
申請者
(家族等) 氏名
電話番号
保険加入対象者との関係
(本人・配偶者・子・その他 ())

【保険加入対象者】

ふりがな 氏 名	
住 所	寝屋川市
生年月日	年 月 日
電話番号	
在宅確認	自宅 ・ 自宅以外に居住 ()
要介護認定	有 ・ 無 ・ その他 ()
特記事項	

【保険加入同意確認】

私は、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・住所・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、保険会社と寝屋川市が共有すること。
- 3 寝屋川市の保険加入決定日(標準処理期間は3週間)から、保険加入となること。

【署名】

年 月 日 (保険加入対象者氏名) _____

市記入欄

- 徘徊高齢者発見支援メール事業登録 (済 ・ 未)
- 在宅 (自宅 ・ 自宅外)
- 日常生活自立度Ⅱa (以上 ・ 未満)