

第1号様式（第5条関係）

春日井市認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請書

年 月 日

（宛先）春日井市長

申請者 住所

氏名

対象者との続柄（ ）

連絡先（ ）

春日井市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業実施要綱第5条に基づき、次のとおり申請します。

【保険の被保険者】

氏名(ふりがな)	
住 所	
生年月日	年 月 日
電話番号	
特記事項	
類似保険加入状況	無し ・ 有り

私は、本事業の利用申請に当たり、次の事項について同意します。

- 1 市が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、必要な範囲において住民基本台帳、要介護認定情報等市が保有する情報を利用すること。
- 2 保険加入に必要な、保険の被保険者及び申請者の個人情報（氏名、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、保険会社と市が共有すること。

【保険の被保険者】

【申請者】

氏名（自署）_____

氏名（自署）_____