

様式第4号

長浜市認知症高齢者等おでかけあんしん保険事業利用申請書

年 月 日

長浜市長あて

申請者 氏

住所

氏名

保険加入対象者との続柄又は関係

( )

電話番号

私は、長浜市認知症高齢者等の見守り及び個人賠償責任保険事業実施要綱第7条第1項の規定により、保険事業の利用について以下のとおり申請します。

なお、本申請書の提出をもって、次の保険加入同意事項について同意したものとします。

【保険加入同意事項】

- 1 対象要件及び申請内容確認のために必要がある住民基本台帳の情報、要介護認定若しくは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及び意見並びに主治医意見書の内容又は基本チェックリストの結果について市が確認すること。
- 2 保険の対象者となることに必要な個人情報（氏名・住所・生年月日・電話番号）、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、保険会社と長浜市が共有すること。

【保険加入対象者】

ふりがな			
氏名			
住所	※住民票を有する長浜市内の住所を記入してください。 長浜市		
生年月日	年 月 日	電話番号	
長浜市認知症高齢者等 SOS ほんわかネットワーク事前登録番号			
特記事項			

【市記入欄】 ※この欄には記入しないでください。

<input type="checkbox"/> SOS ほんわか ネットワーク事業登録 （登録済 ・ 同時登録 ・ 登録なし） <input type="checkbox"/> 住民基本台帳 （有 ・ なし） <input type="checkbox"/> 基本チェックリスト確認 （聞き取り ・ 筆記 ・ 診断有）
--