

様式第1号（第3条関係）

大津市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業利用申請書

申請日 年 月 日

(宛先)  
大津市長

申請者 氏名 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_  
被保険者との関係 \_\_\_\_\_

大津市認知症高齢者等損害賠償責任保険事業実施要領第3条第1項の規定により、保険事業の利用について次のとおり申請します。

【加入を希望する被保険者】

ふりがな		( 男 ・ 女 )
氏名		
生年月日	年 月 日	
住所	〒 _____ 大津市	
連絡先	_____	
認知症と診断されたことが分かる書類 ※ひとつあれば良い	介護保険情報の主治医意見書 医師の診断書 診療情報提供書 その他（医師が作成した書類）	

**【加入を希望する被保険者の同意確認】**

私は、次の3つの事項について同意します

- 1 本事業への加入に係る申請をすること
- 2 本申請について加入要件確認のために必要がある住民基本台帳の情報、行方不明高齢者早期発見ダイヤル事業の登録内容、認知症と診断されたことが分かる書類について市が確認すること。
- 3 事業加入に必要な個人情報（氏名・生年月日・住所・連絡先）、保険金等の請求に係る事故の状況等に関する情報について、保険会社と大津市が共有すること。

年 月 日

（加入希望者氏名）