新城市認知症等個人賠償責任保険加入申請書

年 月 日

新城市長

申請者 住 所

氏 名 ⑩

保険加入対象者との続柄（ ）

電話番号

新城市認知症等個人賠償責任保険事業実施要綱第4条に基づき、新城市認知症等個人賠償責任保険に、次のとおり加入申請します。

【保険加入対象者】

ふりがな 氏 名	
性 別	男 ・ 女
住 所	新城市
生 年 月 日	年 月 日
特 記 事 項	

【保険加入同意確認】

本事業の加入申請にあたり、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及び必要に応じて障害者手帳情報を閲覧すること。
- 2 保険加入に必要な個人情報（氏名・性別・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、保険会社と新城市が共有すること。

【保険加入対象者署名】

年 月 日 _____ ⑩

市記入欄（確認書類）

- 主治医意見書 診断書等 精神障害者保健福祉手帳 その他