

長久手市認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請書

年 月 日

長久手市長 殿

申請者 住所

氏名

電話

保険加入対象者との続柄（ ）

私は、長久手市認知症高齢者等個人賠償責任保険加入について、下記のとおり申請します。

【保険加入対象者】

住 所		性 別	男 ・ 女
ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
電話番号			
添付書類	<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 要介護又は要支援認定済		
特記事項			

【保険加入同意確認】

保険の加入申請にあたり、下記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・変更申請内容確認のために必要がある住民基本台帳及び介護保険システム（介護認定及び介護保険料納付状況等）を閲覧すること。
- 2 保険加入に必要な個人情報（氏名・住所・性別・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、保険会社と長久手市が共有すること。

申請者署名又は記名押印

年 月 日 _____

裏面に続く

【居住状況チェックリスト】

下記の項目について、該当するものすべてにチェックしてください。

- 市内にて在宅を本拠として、生活をしている。
- 介護保険法に規定する施設（例：特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、グループホーム等）、老人福祉法に規定された養護老人ホーム、その他何等かの施設等（住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅、軽費老人ホーム（ケアハウス）等を含む）を利用中ではない。
- 医療法に規定する病院へ入院中ではない。（事業利用が決定した後の入院については、このとおりではありません。）

【市記入欄】

- 1 行方不明高齢者保護ネットワーク登録状況 登録済（登録番号： ）
- 2 居住状況 自宅 自宅外（ ）
- 3 添付書類 診断書 主治医意見書又は認定調査時の日常生活自立度Ⅱa 以上
- 4 市税等の納付状況 滞納なし 滞納あり