様式第１（第５条関係）

半田市認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請書

年　　月　　日

半 田 市 長 様

申請者　住　　所

氏　　名

　　　　　　保険加入対象者との続柄

電話番号

次のとおり半田市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業に加入申請します。

【保険加入対象者（被保険者）】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏　名 | □申請者と同じ | 生年月日 | 年　　 月 　　日 |
| 住　所 | □申請者と同じ  〒　　　　－  半田市 | 電話番号 | □申請者と同じ |
| 該 当 項 目 | ア　要介護認定あり | ※市役所記入欄  認知症高齢者の日常生活自立度（　　） | |
| イ　認知症の診断あり | 医療機関名：  診断日　　　　　 年　　月　　日 | |
| ウ　６５歳以上で、行方不明のおそれあり | ※市役所記入欄  理由（　　　　　　　　　　　　） | |

次の事業について、併せて希望します。

□半田市認知症による行方不明高齢者等捜索機器貸与事業

□半田市行方不明高齢者情報配信事業（高齢者見守りメールでの捜索協力）

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者確認欄 | 申請者は、保険加入対象者（被保険者）に対し、この事業の審査に必要な住民登録状況、介護保険の認定に係る調査内容について市が確認すること、また、市が申請時に取得した個人情報、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当該保険会社や関係機関と情報共有することについて説明し、同意することを確認しましたか。  □確認しました。 |