

様式第1号（第4条関係）

箕輪町認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請書

年 月 日

箕輪町長

申請者 住 所  
(被保険者) 氏 名  
電 話  
携帯電話

対象者との関係（配偶者・子・その他（ ））

箕輪町認知症高齢者等個人賠償責任保険事業実施要綱第4条の規定により、下記のとおり申請します。

また、保険加入の可否の決定のために、箕輪町が対象者の住民基本台帳及び要介護認定に係る情報を閲覧することに同意します。

1 対象者（社会福祉法人箕輪町社会福祉協議会すまいるサポート事業登録者に限る。）

フリガナ		生年月日	年 月 日 ( 歳)
氏 名			
住 所		電話番号	( )
		携帯番号	( )
在 宅	在宅 ・ 自宅以外に居住（自宅以外の場合）		
要介護認定	有 ・ 無 ・ その他（ ）		

2 個人情報の取扱いについて

箕輪町認知症高齢者等個人賠償責任保険加入に当たり、すまいるサポート事業あんしん見守りサービス登録の個人情報を利用すること並びに町と町が契約する保険会社間で情報を共有することに同意します。