

様式第1号（第3条関係）

豊明市社会福祉協議会認知症高齢者等個人賠償責任保険事業加入（継続）申請書

申請日 令和 年 月 日

豊明市社会福祉協議会長 様

申請者

住所

氏名

電話番号

保険加入対象者との関係（ ）

認知症高齢者等個人賠償責任保険事業に加入したいので、次のとおり申請します。

申請区分	新規 ・ 継続
------	---------

〔保険加入対象者〕

ふりがな					性別	男 ・ 女
氏 名						
住 所	豊明市					
生年月日	年	月	日	電話番号		
要介護度	要支援 1 2		要介護 1 2 3 4 5		申請中	
他保険加入	あ り ・ な し					
介護支援専門 員もしくは 主治医	事業所・医療機関名				担当者・医師名	
					Tel	
☐ 豊明市に住所を有し、在宅で生活している。 ☐ 認知症のため徘徊のおそれがある。 ※ケアプランまたは医師の意見書に明記されていること。 ☐ 豊明市が発行する介護保険負担割合証の負担割合が1割または2割である。						

【添付書類】①ケアプランまたは医師の意見書の写し、②介護保険負担割合証の写し

〔同意書〕	
以下の事項について同意します。	
保険加入にあたり必要な個人情報および、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、保険会社と豊明市社会福祉協議会が共有すること。	
〔本人、親族もしくは代理人の署名又は記名捺印〕	
令和 年 月 日	印