

様式第1号（第5条関係）

島原市認知症高齢者等個人賠償責任保険事前登録申請書

年 月 日

島原市長 様

申請者 住所
氏名 印

電話番号

保険対象者との関係

（本人・配偶者・子・その他（ ））

私は、次の保険対象者について、島原市認知症高齢者等個人賠償責任保険に事前登録することを申請します。

【保険対象者】

ふりがな 氏名	
性別	男・女
住所	島原市
生年月日	年 月 日
電話番号	
居所	自宅・自宅以外（ ）
要介護認定等	有り・無し・その他（ ）
特記事項	

【保険対象者本人同意確認】

私は、下記の事項について同意します。

- 1 本事前登録申請について対象要件・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税（同じ世帯に属する者を含む。）の情報について市が確認すること。
- 2 保険の対象者となることに必要な個人情報（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、保険会社と島原市が共有すること。

年 月 日 _____ 印

【市記入欄】

島原市高齢者等SOSおかえりネットワーク登録

住基上の住所（同上・上記以外（島原市 ））