

年 月 日

昭島市認知症高齢者等個人賠償補償事業 加入申請書

（宛先）昭島市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号
事業加入者との続柄（ ）

昭島市認知症高齢者等個人賠償補償事業要綱第6条の規定により、下記のとおり加入申請します。

記

【事業加入者】

ふりがな 氏 名	(性別 男 ・ 女)		
生年月日	年 月 日	電話番号	()
住 所			
特記事項			

【事業加入に関する同意確認】

私は、下記の事項について同意します。

- 1 本事業への加入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事業加入者の住民基本台帳の情報、要介護認定・要支援認定に係る調査結果、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書の内容、介護保険の給付状況について市が確認すること。
- 2 事業加入者及び申請者の事業加入に必要な個人情報（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、保険会社と昭島市が共有すること。

年 月 日

署 名 _____

（代筆者 _____ 事業加入者との続柄： _____）