別記様式第１号（第４条関係）

栃木市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業による保険加入申請書

年　　月　　日

　（宛先）栃木市長

　　栃木市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業による保険に加入したいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 住　　所 |  | | |
| ふりがな  氏　　名 | （自署しない場合は、記名押印してください。） | | 被保険者との関係（　　　　） |
| 電話番号 |  | | |
| 被保険者 | 住　　所 | 栃木市 | | |
| ふりがな  氏　　名 |  | | |
| 電話番号 |  | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日（　　　歳） | 性別 | 男　・　女 |
| 居　　所 | 自宅　・　自宅以外（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 同意書  　事業による保険への加入申請に当たり、次の事項について同意します。  １　保険の加入要件及び申請内容の確認のために必要がある住民基本台帳情報並びに介護認  定情報について、市の職員が閲覧し、又は調査すること。  ２　保険への加入に必要な個人情報（氏名・性別・生年月日・住所・連絡先）及び保険金の請  　求に係る事故の状況等に関する情報について、保険会社と市が共有すること。  同意者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（被保険者との関係　　　　　　）  　　　 （自署しない場合は、記名押印してください。）  　（注）　意思能力を有していないことにより、被保険者本人の同意を得ることができない場  　　　　合のみ、家族又は介護者の同意によることができます。 | | | | |