様式第３号（第１２条関係）

武雄市認知症高齢者・障がい児者個人賠償責任保険加入申請書

年　　月　　日

　武雄市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

（注）本人が自署(手書き)する場合は押印不要。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　登録者との関係（本人・子・その他（　　　　））

私は、武雄市認知症高齢者・障がい児者個人賠償責任保険に、次のとおり加入申請します。

【保険加入対象者】

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 |  |
| 性　別 | 男　・　女 |
| 住　所 | 武雄市 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 電話番号 |  |
| 区　分 | 認知症高齢者　　・　　　障がい児者 |
| 他保険加入 | あり　　・　なし |
| 特記事項 |  |
| **【保険加入本人同意確認】**  私は、下記の事項について同意します。  　　保険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、保険会社と武雄市が共有すること。  　　保険料負担の算定に関し所得・課税情報を調査すること。  【署名又は記名捺印】  年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　印 | |
| **市記入欄**  □あんしん登録（済・未）  □日常生活自立度Ⅱａ（以上・未満） | |