

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）