

亀山市認知症等高齢者等個人賠償責任保険加入申請書

年 月 日

亀山市長 様

〒  
申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (続柄)

電話番号 \_\_\_\_\_

亀山市認知症等高齢者等個人賠償責任保険事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

保険の被保険者

住 所			
ふりがな		性 別	
氏 名			
生 年 月 日	年 月 日		
電 話 番 号			
見守りシール	個別番号		
特 記 事 項			
他保険加入状況	無し ・ 有り		

加入同意確認

保険の加入申請に当たり、次の事項について同意します。

- 1 保険の加入申請又は変更届の内容の確認のために住民基本台帳、介護認定情報等について閲覧又は調査すること。
- 2 保険の加入に必要な個人情報（住所・氏名・性別・生年月日・電話番号）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、保険会社と亀山市が共用すること。

年 月 日

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印