

第1号様式（第4条関係）

年 月 日

大垣市長 様

申請者（介護者）

住 所

氏 名

利用者本人との続柄（ ）

電 話

大垣市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業利用申請書

大垣市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業を利用したいので、大垣市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業実施要領第4条の規定により申請します。

被 保 険 者 （ 利 用 者 本 人 ）	住 所	大垣市
	ふりがな 氏 名	
	生年月日	年 月 日
	該当理由	(該当理由に○を付けてください。) ( ) 大垣市高齢者等位置情報提供サービス事業の 要援護高齢者等 ( ) 大垣市高齢者等見守りシール交付事業の対象者

同意書

大垣市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業の利用に当たり、次の事項に同意します。

- 1 保険の加入に必要な被保険者（利用者本人）の個人情報（住所、氏名、生年月日）を大垣市が保険会社に提供すること。
- 2 大垣市と契約した保険会社が定める約款及び特約条項等で免責とされる事故については補償の対象とされない場合があること。
- 3 申請内容に変更（転居、施設入所・転出・死亡）が生じた場合は、速やかに変更・廃止届を市へ提出すること。

申請者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

※自筆による署名がある場合は、押印不要です。