

幸田町認知症高齢者等個人賠償責任保険事業利用申請書

年 月 日

（宛先）幸田町長

申請者
住所
氏名
電話番号

次のとおり幸田町認知症高齢者等個人賠償責任保険事業の利用を申請します。

利用対象者

ふりがな 氏 名			
生年月日	年 月 日 （ 歳）	性別	男 ・ 女
住 所			
電話番号			

事業利用同意確認

<p>本事業の利用申請に当たり、下記の事項について同意します。</p> <p>1 本事業の申請について、加入要件等内容確認のために必要があるときは、住民基本台帳を閲覧すること。</p> <p>2 事業の利用に必要な個人情報、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、幸田町と保険会社が共有すること。</p> <p>年 月 日</p> <p>加入者氏名 _____</p> <p>代理人氏名 _____</p>
