様式第１号（第３条関係）

河内長野市認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請書（兼）介護認定情報等閲覧同意書

年　　月　　日

（宛先）河内長野市長

申請者　住　　所　〒
ふりがな
氏　　名
続　　柄　（　　）
電話番号　　（　　）
携帯番号　　（　　）

認知症高齢者等個人賠償責任保険に加入したいので関係書類を添えて申請します。申請するにあたり、住民基本台帳を閲覧することに同意します。なお、河内長野市で介護認定を受けている場合、介護認定状況を閲覧することに同意します。

１．対象者（河内長野市認知症高齢者ＳＯＳネットワーク事業事前登録者に限る。）

ふりがな	□同上	生年月日	年　　月　　日 （　　歳）
氏　　名	□同上		
住　　所	□同上 河内長野市	電話番号	□同上 （　　）
		携帯番号	□同上 （　　）

２．添付書類

□　診断書

※介護認定情報により認知症高齢者の日常生活自立度がⅡａ以上であることが確認できる場合は不要。

３．個人情報等の取扱いについて

河内長野市認知症高齢者等個人賠償責任保険加入にあたり、河内長野市認知症高齢者ＳＯＳネットワーク事業事前登録に係る個人情報を利用すること、河内長野市と保険会社間で情報を共有することに同意します。

※申請受付後、対象者の要件確認を行い、申請者のご住所に加入通知書を郵送いたします。

【市記入欄】

□SOS ネットワーク事前登録済（ID：　　）　　□市内在住

□日常生活自立度Ⅱa（以上・未満・認定なし）

→ □診断書持参説明（済・未）　□診断書提出