

認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請書

年 月 日

(宛先) 江南市長

申請者 住 所

氏 名

保険加入対象者との続柄 ()

電話番号

私は、江南市認知症高齢者等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】

ふ り が な 氏 名	
性 別	男・女
生 年 月 日	年 月 日
住 所	江南市
電 話 番 号	
特 記 事 項	

【保険加入同意確認】

本事業の加入申請に当たり、以下の事項について同意します。

- 1 本保険申請について加入要件、変更申請内容確認のために住民基本台帳を閲覧すること。
- 2 保険加入に必要な個人情報【氏名、性別、生年月日、住所及び連絡先】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、保険会社と江南市とが共有すること。
- 3 保険加入に関する手続を江南市が行うこと。

【署名】

年 月 日 _____