

様式第1号（第6条関係）

芦屋市認知症高齢者個人賠償責任保険事業利用申請書

芦屋市長 宛

年 月 日

〒

申請者 住 所

氏名（続柄）

電話番号

芦屋市認知症高齢者個人賠償責任保険事業実施要綱第6条の規定により、保険事業の利用について次のとおり申請します。

対象者	フリガナ			
	氏 名			
	住 所			
	生年月日		性 別	男・女
	電話番号			
	特記事項			

【保険加入同意確認】

本事業の利用申請に当たり、以下の事項について同意します。

- 1 申請事項及び申請要件の確認のために必要がある住民基本台帳の情報及び介護の認定状況について市が確認をすること。
- 2 保険加入に必要な個人情報（氏名・性別・生年月日・住所・連絡先）、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、保険会社と芦屋市が共有すること。
- 3 対象者が当該事業の利用要件を満たさなくなった際は、利用を廃止すること。

年 月 日

【同意者（申請者）氏名】 \_\_\_\_\_（続柄 \_\_\_\_\_）

（高齢介護課記入欄）

- 40歳以上の市内居住者（病院や診療所、社会福祉施設等に入所していない在宅高齢者）
- 認知症自立度（Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ）  障害自立度（自立・Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）
- 認知症高齢者の見守り・SOSネットワーク事業登録者