

様式第 1 号（第 6 条関係）

登録番号

飛驒市認知症高齢者等 S O S ネットワーク及び飛驒市認知症高齢者等個人賠償責任保険
登録・加入申請書（新規・更新）

（あて先）飛驒市長

年 月 日

申請者名 _____
（署名又は記名捺印）

下記のとおり、飛驒市認知症高齢者等 S O S ネットワーク及び飛驒市認知症高齢者等個人賠償責任保険に登録・加入します。

【同意確認】

- 同意される場合は、□に✓を入れてください。
- ☐ 登録内容を、飛驒警察署、飛驒市消防本部及び飛驒市地域包括支援センターと情報共有することに同意します。
 - ☐ 本保険申請について対象要件・変更申請内容確認のために必要がある住民基本台帳の情報について飛驒市が確認することに同意します。
 - ☐ 保険の対象者となることに必要な個人情報（氏名・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、保険会社と飛驒市が共有することに同意します。

申請者	氏名		登録者との続柄	
	住所			
	電話番号	自宅	携帯	
登録する人	ふりがな			性別
	氏名			男 ・ 女
	生年月日	年 月 日		歳（申請時）
	住所	飛驒市		

	どちらかに○をしてください。	
みまもりシールの配布	希望します	希望しません

※市記入欄

要介護度	認知症高齢者の日常生活自立度	受付日	登録有効期限	受付者
		年 月 日	年 月 日	