

様式第1号（第5条関係）

氷見市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業利用（継続）申請書

年 月 日

氷見市長 あて

申請者 氏 名
本人との続柄 ()
住 所
電話番号

次のとおり、氷見市認知症高齢者等損害保険事業を利用（継続）したいので申請します。

また、本人の情報（氏名・住所・生年月日・連絡先）について、保険会社に提供することに同意します。

【本人】

フリガナ	
氏 名	
住 所	氷見市
生年月日	年 月 日
電話番号	

【申告欄】

- ☐高齢者等見守り・SOSネットワークに登録済、もしくは登録申請中である。
☐医師に認知症と診断されている。

病院名 _____ 医師名 _____

- ☐ 当事業要領第4条に記載のある施設（※1）に入所または入院していない。

※1 特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護医療院、認知症対応型グループホーム、有料老人ホーム、軽費老人ホーム（ケアハウス）、養護老人ホーム、障害者支援施設、共同生活援助事業所（グループホーム）、病院、診療所等を指す。