様式第１（第６条関係）

稲沢市認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

稲沢市長　殿

　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　保険加入対象者との続柄（　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　私は、稲沢市認知症等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】

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 居所 | 　自宅・自宅以外に居住 |
| 特記事項 |  |

　【保険加入同意確認】

|  |
| --- |
| 本保険の加入申請にあたり、下記の事項について同意します。１　本保険の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、住所及び電話番号】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、保険会社と稲沢市とが共有すること。３　保険加入に関する手続きを稲沢市が行うこと。【署名】年　月　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |