

(様式1)

年 月 日

泉佐野市認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請書（兼）介護認定情報等閲覧同意書

泉佐野市長 様

申請者 郵便番号 〒
 住 所
 氏 名
 生年月日 年 月 日
 続 柄 ()
 電話番号 ()
 携帯番号 ()

泉佐野市認知症高齢者等個人賠償責任保険に加入申し込みしたいので関係書類を添えて申請します。申請するにあたり、住民基本台帳を閲覧することに同意します。なお、泉佐野市で介護認定を受けている場合、私の介護認定状況を閲覧することに同意します。

1. 対象者（泉佐野市高齢者等見守り SOS ネットワーク事業登録者に限る）

ふりがな 氏 名		男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
住 所	泉佐野市		電話番号	()
			携帯番号	()

※保険期間は、申請日から翌年度4月1日午後4時までとなります。1年に1度更新申請が必要になります。

2. 添付書類 ※介護認定情報により認知症高齢者の日常生活自立度がⅡa以上であることが確認できた場合、書類は不要。確認できなかった場合は、診断書の提出が必要となります。

診断書

3. 個人情報等の取扱いについて

泉佐野市認知症高齢者等個人賠償責任保険加入にあたり、泉佐野市高齢者等見守り SOS ネットワーク事業登録に係る個人情報を利用すること、泉佐野市と基幹包括支援センターいずみさの及び市が契約する保険会社間で情報を共有することに同意します。

同意する。 同意者氏名 (対象者との続柄)

※対象者本人の同意を得ることが出来ない場合のみ、家族等の同意によることが出来ます。申請受付後、対象者の要件確認を行い、申請者のご住所に加入通知書を郵送いたします。

【市記入欄】

- 泉佐野市高齢者等見守り SOS ネットワーク加入済み 市内在住
- 日常生活自立度Ⅱa (以上・未満・認定なし)
- └──────────┘ 診断書持参説明 (済・未) 診断書提出