様式第１号（第４条関係）

　　年　　月　　日

**伊勢市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業利用申請書**

（宛先）伊勢市長

　次のとおり、伊勢市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業の利用を申請します。

１　申請者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 被保険者との  続　　　　柄 |  |
| 住　所 |  | 電話番号 |  |

２　被保険者　　いせ見守りてらす登録者の方について、ご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | | 男 ・ 女 | | |
| 氏　名 |  | | | |
| 住　所 | 伊勢市 | | いせ見守りてらす登録番号 | | | | |
| 生年月日 |  | | 伊勢市 |  | |  |  |
| 第１連絡先 | 氏名： | | 続柄： | | | | |
| 電話①： | 電話②： | | | | | |
| 第２連絡先 | 氏名： | | 続柄： | | | | |
| 電話①： | 電話②： | | | | | |

|  |
| --- |
| **同意書**  伊勢市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業を利用するに当たり、次のことに同意します。  □１　伊勢市が本保険申請及び更新時において、住民基本台帳情報及び介護保険受給者台帳情報を確認すること。  □２　伊勢市と保険会社が、必要な個人情報（氏名、生年月日、住所、緊急連絡先等）、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共有すること。  □３　事故が発生した場合、速やかに保険会社へ事故報告を行うこと。  □４　被保険者の示談交渉は、原則として保険会社が代行すること。    　　　年　　　月　　　日　　　　　　　申請者 |