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　　　　　　　　　　　　　　　　 |