

様式第1号（第5条関係）

認知症高齢者等個人賠償責任保険事業利用申請書

年 月 日

舟橋村長

住 所

氏 名

印

申請者

電 話 番 号

登録者との続柄

認知症高齢者等個人賠償責任保険事業を利用したいので、次のとおり申請します。

なお、保険会社（代理店を含む。）に、舟橋村認知症高齢者等徘徊SOSネットワーク事業実施要綱第7条第1項に規定する登録情報を提供することに同意します。

登録者の氏名		登録者の 生年月日	年 月 日
登録者の住所	舟橋村	性別	
他保険加入	あり ・ なし		
運転免許証	あり ・ なし		

(注)

- 1 この申請と同時に徘徊高齢者等事前登録事業の利用の申請を行う場合には、「登録者」とあるのは「徘徊高齢者等登録台帳に登録予定の者」と読み替えること。
- 2 他保険加入の欄は、第2条第1号に規定する保険契約、共済契約等について該当するものに○印を付けること。