様式第１号（第4条関係）

延岡市認知症高齢者等総合生活保険申請書

年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 住所:  |
| 氏名: 　　 印 |
| 生年月日  | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 電話番号 |  |
| 対象者との関係（本人・子・その他（ ）） |

延岡市長　様

延岡市認知症高齢者等総合生活保険について、次のとおり申請します。

【保険対象者】

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな氏　名 |  |
| 性 別 | 男 ・ 女  | 生年月日 | 　　　年　　　　月　　　　日 |
| 住 所 | 延岡市 |
| 電話番号 |  |
| 居　所 | 在宅 ・ 自宅以外に居住（自宅以外の場合 　 ） |
| 要介護認定等 | 有り ・ 無し ・ その他（　　　　　　　　　 　　 ）  |
| 日常生活自立度 | Ⅱa　以上・未満 |
| 特記事項 |  |

|  |
| --- |
| 【保険対象者本人同意確認】 私は、下記の事項について同意します。１　本保険申請について対象要件・変更申請内容の確認のために必要な住民基本台帳の情報、要介護認定・要支援認定に係る調査結果、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書の内容、介護保険の給付状況について市が確認すること。 ２　保険の対象者となることに必要な個人情報（氏名・性別・生年月日・住所・連絡先）、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、保険会社と延岡市が共有すること。３　保険の対象者が徘徊することで、行方が分からなくなり、捜索の連絡があった場合に関係機関（警察署、社協、SOSネットワーク登録事業所等）に対して、捜索に必要な個人情報（氏名・性別・生年月日・住所・連絡先）を提供すること。【署名又は記名押印】 年 月 日 　　　　　　　　 印  |

受　　付