別記様式第１号（第６条、第１０条関係）

年 月 日

関市長　様

申請者　住　　所

氏　　名

連 絡 先

対象者との続柄（本人・子・その他（ ））

関市認知症高齢者等見守り事業利用（新規・変更）申請書

　関市認知症高齢者等見守り事業実施要綱第６条（第１０条第１項）の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | ふりがな |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏 名 |  | |
| 住 所 | 関市 | | | |
| 認知症高齢者等個人賠償責任保険 | | 加入する　・　加入しない | | |
| 緊急時連絡先 | 第１連絡先 | 氏名 | | 電話 |  |
| 住所 | | Ｅメール |  |
| 第２連絡先 | 氏名 | | 電話 |  |
| 住所 | | Ｅメール |  |
| 第３連絡先 | 氏名 | | 電話 |  |
| 住所 | | Ｅメール |  |

※Ｅメールは、個人を特定できる情報を含まないものをご記入ください。

※変更申請の場合は、対象者氏名、生年月日及び変更箇所のみご記入ください。

|  |
| --- |
| 【同意欄】  私は、下記の事項について同意します。  □　事業の実施に当たり、管轄の警察署、消防署、関市地域包括支援センター等関係機関に申請内容に係る個人情報を提供すること。  □　本保険申請について対象要件・変更申請内容確認のために必要がある住民基本台帳の情報について関市が確認すること。  □　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）、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、保険会社と関市が共有すること。  年　　月　　日  対象者　氏名  申請者　氏名 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 〈市記入欄〉 | 申請受付日 | 交付日 |
|  |  |  |