

様式第 1 号（第 4 条関係）

水戸市認知症高齢者等おでかけあんしん保険事業加入申込書

年 月 日

水戸市長 様

申込者

住 所

氏 名

印

（自署の場合は、押印を省略できます。）

認知症高齢者等おでかけあんしん保険事業の加入をしたいので、次のとおり申します。

対象者	ふりがな 氏 名		性別	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
	住 所	水戸市			電 話	
連絡先 となる 親族等	氏名（ふりがな）	続柄	住 所		電 話	
	氏名（ふりがな）	続柄	住 所		電 話	

同 意 書

- (1) 認知症高齢者等おでかけあんしん保険事業の目的達成のため、この申込書に記載されている私の個人情報及び連絡先となる親族等の個人情報の契約保険会社への情報提供について同意します。
- (2) 認知症高齢者等おでかけあんしん保険事業の対象要件である認知症の症状等を確認するため、私の介護保険要介護認定情報等を調査確認することについて同意します。

被保険対象者 署名