

**記入例**

認知症高齢者等個人賠償責任保険事業利用（継続）申請書

**申請日を御記入ください**

令和△年 △月 △日

袋井市長

**御家族の情報を御記入ください（押印は不要です）**

申請者

住所 **袋井市新屋1-1-1**  
 氏名 **袋井 一郎**  
 対象者との続柄 **子**  
 連絡先 自宅 **12-3456**  
 携帯 **090-9876-5432**

袋井市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業実施要綱第4条（第6条）の規定により、次のとおり申請します。なお、この申請にあたり、対象者の世帯の住民情報、市税等の収納状況について市が調査することに同意します。

**対象となる認知症高齢者等の情報を御記入ください**

対象者の状況

ふりがな 氏名	ふくろい ともこ <b>袋井 友子</b>	
生年月日	<b>昭和13年1月△日</b>	年齢 <b>84歳</b>
住所	袋井市 <b>新屋1-1-1</b>	
電話番号	( ) <b>12-3456</b>	
その他	本人及び本人と同一世帯に属する世帯員は、本人について袋井市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業の補償と同様の補償のある保険に加入していません。	