

様式第1号（第4条、第6条関係）

認知症高齢者等個人賠償責任保険事業利用（継続）申請書

年 月 日

袋井市長

申請者 住所
氏名
対象者との続柄
連絡先 自宅
携帯

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 者 の 状 況

ふりがな 氏名					
生年月日	年	月	日	年齢	歳
住所	袋井市				
電話番号	() —				
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。				