

第 1 号様式（第 4 条関係）

鈴鹿市認知症高齢者等安心見守り保険事業加入申請書

年 月 日

（宛先） 鈴鹿市長

（申請者） 住所

氏名 続柄

電話番号

鈴鹿市認知症高齢者等安心見守り保険事業実施要領第 4 条の規定により、次のとおり申請します。

被 保 険 者	フリガナ		生年 月日	年 月 日
	氏名			
	住所	☐ 申請者と同じ 鈴鹿市		
	電話番号	☐ 申請者と同じ		
	安心見守りシール 個別番号			

保険の加入申請に当たり、次の事項について同意します。

- ☐ 保険の加入申請又は変更届の内容確認のために住民基本台帳を閲覧又は調査すること。
- ☐ 保険の加入に必要な個人情報（住所・氏名・性別・生年月日・電話番号）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、保険会社と鈴鹿市が共用すること。