

諏訪市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業利用申請書

				利用申請日	年 月 日	
申請者	(ふりがな) 氏 名	※自署しない場合は、記名押印してください。		対象者との 続 柄		
	住 所			電話番号	自宅 携帯	
対	(ふりがな) 氏 名		男・女	旧 姓 (名前以外の呼び方)		
	住 所	諏訪市 (行政区)				
	生年月日	年 月 日生 (歳)			血液型	型
	世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 同居				
象	特 徴	身長： cm 体重： kg 体格： <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 中肉 <input type="checkbox"/> 痩せ				
		髪型： 頭髪の色： ひげ： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
		眼鏡： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 聴力： <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 悪				
		特記事項 (職業、よく行く場所、持ちもの、趣味等)				
者	かかりつけ医	電話番号	既往歴や 症 状	認知症の診断 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	担当ケア マネジャー		居宅介護 支援事業所	電話番号		
	介 護 度	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援 (1・2) <input type="checkbox"/> 要介護 (1・2・3・4・5)				
	担当民生委員		金銭管理	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		
家族等 連絡先	氏 名			続 柄		
	住 所					
	電話番号	自 宅		携 帯		
	その他連絡時 の必要事項					
<p>保険加入同意等確認欄</p> <p>事業の利用申請に当たり、下記の事項について同意します。</p> <p>1 事業の利用に当たり、保険の加入要件・変更内容の確認のために必要があるときは、諏訪市が住民基本台帳情報、介護認定情報等の閲覧又は調査をすること。</p> <p>2 保険加入に必要な個人情報（氏名、性別、生年月日、住所、連絡先）について、諏訪市と保険会社が情報を共有すること。</p> <p>3 諏訪市見守りネットワーク事業登録者台帳への登録に同意し、諏訪市が登録者及び家族等連絡先の情報を諏訪警察署に提供すること、また、登録者の所在が不明になり、登録した情報の利用が必要になったときには、市が協力機関及び協力事業所にその情報を提供すること。</p> <p>(宛先) 諏訪市長</p> <p style="text-align: right;">申請者 _____</p> <p style="text-align: center;">※自署しない場合は、記名押印してください。</p>						

写真①	肩より上の正面写真 <u>撮影日： 年 月 日</u>
写真②	全身が写っている正面写真 <u>撮影日： 年 月 日</u>

※①及び②の写真（L判サイズ）を1枚ずつ添付してください。