様式第１号（第４条関係）

　　年　　月　　日

　吉岡町長　様

　　申請者　 住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　印

対象者との続柄

 電話番号

吉岡町認知症高齢者等保険事業利用申請書

　　吉岡町認知症高齢者等保険事業を利用したいので、吉岡町認知症高齢者等保険事業実施要綱第４条第１項の規定により、下記のとおり申請します。

記

　１　吉岡町認知症徘徊高齢者等検索サービス事業の利用希望

　　　あり　　　　なし　　　　利用済

　２　吉岡町徘徊高齢者等事前登録制度の利用希望

　　　あり　　　　なし　　　　利用済

３　情報提供等に係る同意欄

　　　保険の加入に当たり必要な情報（対象者の氏名、性別、生年月日及び住所）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、当該保険会社と町長が共有することについて同意します。

同意者　申請者　　　　　　　　　　　　　　　印

対象者