

【認知症高齢者等個人賠償責任保険 加入希望】

加入対象者：中津川市認知症ままりのわ SOS ネットワークに登録された認知症高齢者等のうち、在宅で生活している方

加入	<input type="checkbox"/> 希望します <input type="checkbox"/> 希望しません
同意欄	<p>私は、中津川市が契約する個人賠償責任保険への加入に同意します。</p> <p>加入にあたり必要な情報及び保険金の請求にかかる事故の状況等に関する情報について、当該保険会社と中津川市が共有することについて同意します。また、事故があった場合、速やかに中津川市に事故報告書を提出します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所 _____</p> <p>氏 名（自筆） _____</p> <p>登録対象者との続柄 _____</p>

【どこシル伝言板 見守りシール希望】

加入対象者：中津川市認知症ままりのわ SOS ネットワークに登録された方

加入	<input type="checkbox"/> 希望します <input type="checkbox"/> 希望しません
同意欄	<p>私は、中津川市が契約するどこシル伝言板への加入に同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所 _____</p> <p>氏 名（自筆） _____</p> <p>登録対象者との続柄 _____</p>