|  |
| --- |
| 支部長確認印 |
|  |

（様式第１号）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　　月　　日

　　　　　　　　加　入　申　込　書

一般財団法人長野県社会福祉施設利用者互助会「付添介護保険」に以下のとおり加入申込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 契約を申込まれる方（保険契約者） | ふりがな |  |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 〒　　　　― |
| 被保険者との関係 | (1)本人　(2)保護者　(3)身元引受人　(4)成年後見人　(5)施設長 |
| 該当する続柄に○ | ※被保険者との関係が(3)・(4)の方のみ、下記をご記入ください。 |
| (3)身元引受人：親族　　その他　（　　　　　　　）  (4)成年後見人：職業後見人(社会福祉士、司法書士等)  (4)成年後見人：親族後見人　　その他　（　　　　　） |
| ※（3）(4)でその他の場合は（　）に必ず続柄を記入してください。 | | |
| 保障を受けられる方（被保険者） | 支部名 | （支部№　　　　　） |
| ふりがな |  |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 〒　　　　― |
| 性　別 | 男　　　　　女 |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 種　別 | 入所　　　　通所　　　　グループホーム |
|  |  | |
| 希望の保険期間開始日 | | 年　　月 １日 |
| 希望のプラン | | A（基本プラン）　　　B（差額ベッド給付付き） |
|  |  | |
| 保険証券等送付先住所 | | 〒　　　　― |

|  |  |
| --- | --- |
| 保険料の減免希望  ※減免をご希望される方は、「保険料減免申請書（様式第11号）」を必ず添付してください。 | 有　　　無 |

|  |
| --- |
| 「重要事項説明書」の説明を受け、内容を確認し、了解しました。  貴会の保険契約の取扱に同意の上、契約を申し込みます。    　　　　　 契約を申込まれる方の氏名 :　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事 務 局 記 入 欄 | 保険証券№ |  | 保険料 | 円 （入金日　　年　 月 　日） | | |
| 申込書確認 | 年　月　日 | 管理台帳登録 | 年　月　日 | 保険期間  責任開始日 | 年 月　日 |
| 既加入者確認 |  | 備考 |  | | |