

# なごや **認知症** の人 おでかけあんしん 保険事業

## 加入のご案内



認知症の人が事故を起こしたときに備える「賠償補償制度」です。

### 補償される事故の例

ここでの事故は、他人をケガ・死亡させたり、他人の財物を壊して法律上の損害賠償責任を負う事故のことです。



他人に  
ケガをさせた



他人の物を誤って  
紛失した



他人の物を  
誤って壊した

※介護保険サービス等利用中の事故は対象外となる場合があります。  
※補償の対象となるかは、事故後の保険会社の調査をもとに決まります。

### 対象になる人

名古屋市民であり、認知症の診断を受けている人

※軽度認知障害（MCI）は対象外です。

### 補償の内容

①賠償責任保険：上限2億円

②給付金：上限3千万円（事故の相手方（名古屋市民）の死亡または後遺障害）

③見舞金：15万円（事故の相手方（名古屋市民以外）の死亡）

※②、③は誰も賠償責任を負わない事故の場合に、その相手方に支払われるものです。

### 保険料

無料 ※診断書（初回のみ必要）は自己負担です。

### 申請の方法と 流れ

裏面のとおり ※もの忘れ検診にかかる精密検査からも申請できます。

お問い合わせ先

社会福祉法人名古屋市社会福祉協議会 名古屋市認知症相談支援センター

〒466-0027 名古屋市昭和区阿由知通3-19 昭和区役所6階

〈本事業受付事務局用〉 [年末年始、祝日を除く 月～金9：00-17：00]

TEL 052-734-7099 FAX 052-734-7199

〈実施主体〉名古屋市健康福祉局高齢福祉部高齢福祉課



## 1 「加入申請書」の作成

このリーフレットの加入申請書（第1号様式）を切り離し使用します。

(1)申請日を記入します。

(2)加入希望者（認知症の診断を受けている人）の住所、氏名、生年月日、電話番号を記入します。

(3)加入希望者以外に連絡を希望する場合は、その連絡先を記入します。

※記入いただいた場合、加入申請に関する連絡先、諸資料の送付先等としてご対応いただきます。

※「加入希望者以外の連絡先」は、連絡先となる方の同意の上ご記入ください。

(4)加入希望者同意確認欄の同意日、加入希望者の氏名を記入します。

## 2 診断書（「加入申請書」裏面）の作成

医療機関で診断書を記載してもらってください。（初回のみ必要です。）

※診断名、臨床確定診断日の記載があれば、別の様式でも構いません。

また、名古屋市外の医療機関で診断いただいたものでも構いません。（診断書料は自己負担となります）

※「もの忘れ検診精密検査費用助成申請」と同時に申請いただく場合は診断書は不要です。

## 3 申請書類の送付

「加入申請書」と診断書又はその写し（申請者の原本証明したもの）を申請用封筒（緑色）で郵送します。

※申請用封筒（緑色）がお手元がない場合は、ご自身で用意した封筒で郵送してください。（郵送先は表紙のお問い合わせ先の所在地です。）

## 4 申請完了

数週間から1 ヶ月を目途に名古屋市認知症相談支援センターから「加入のお知らせ」を送付します。提出書類の内容に不備があれば、連絡をする場合があります。

## 1 診断書（「加入申請書」裏面）の作成

上記「郵送申請」の2と同様です。（診断書料は自己負担となります）

## 2 「名古屋市電子申請サービス」より申請

右の二次元コードから、オンライン申請をしてください。

※診断書は、画像データやスキャンデータ等をアップロードいただきますので、写真を撮る等、ご自身で事前にご用意ください。

オンライン  
申請  
フォーム



（名古屋市電子申請システム）

## 加入にあたっての注意事項 .....

- 保険期間は、受理した日からその日の属する年度の末日です。
- 加入の更新については、期間終了が近づきましたらあらためて、受付事務局よりご案内を送付いたします。  
なお、更新時に診断書の提出は必要ありません。
- 加入に必要な個人情報適切に管理し、目的外には使用しません。
- 事故受付、事故対応、示談交渉等は、市が契約した事業者が行います。

名古屋市ホームページ

申請書類の  
記入例を  
掲載して  
います。



なごや認知症の人おでかけあんしん保険事業 加入申請書

年 月 日

宛先) 名古屋市長

以下のとおり、なごや認知症の人おでかけあんしん保険事業への加入を申請します。

【加入希望者】※代筆可

〒  
住 所 \_\_\_\_\_  
(カガナ) ( )  
氏 名 \_\_\_\_\_  
生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

【加入希望者以外に連絡を希望する場合の連絡先】※代筆可

〒  
住 所 \_\_\_\_\_  
(カガナ) ( )  
氏 名 \_\_\_\_\_ (加入希望者との続柄: \_\_\_\_\_ )  
電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

【加入希望者同意確認】※代筆可

私は、下記の3つの事項について同意します。

- 1 本制度への加入に係る申請をすること。
- 2 本申請について加入要件確認のために必要がある住民基本台帳の情報について市が確認すること。
- 3 事業加入に必要な個人情報（氏名・生年月日・住所・連絡先）、保険金等の請求に係る事故の状況等に関する情報について、保険会社と名古屋市が共有すること。

年 月 日

[加入希望者 氏名]  
\_\_\_\_\_

◎添付書類：診断書又はその写し（申請者の原本証明したもの）

※認知症と診断された方が対象です。医療機関で裏面の診断書を記載してもらってください。  
軽度認知障害（MCI）は対象外となります。

# 診断書

フリガナ		大正	年	月	日生
氏名		昭和		(	歳)
住所	〒	電話			
	—	番号		—	
1 診断 (必須) <input type="checkbox"/> 認知症である <input type="checkbox"/> MCIである <input type="checkbox"/> 認知症ではない					
 アルツハイマー型認知症 レビー小体型認知症 血管性認知症 前頭側頭型認知症 その他 ( )					
2 臨床確定診断日 (必須) 年 月 日					
3 初診日 年 月 日 (推定発病時期 年 月頃)					
4 診断における検査実施 有 無 (無の場合、理由をお書きください)					
(有の場合、記入をお願いします)					
媒体 HDS-R 点 (実施時期 年 月 )					
MMSE 点 (実施時期 年 月 )					
5 画像診断 CT MRI SPECT PET-CT 未実施 (実施時期 年 月)					
(所見: )					
6 その他の検査結果の概要					
以上のとおり、診断します。					
年 月 日					
医療機関名					
所在地					
電話番号 / FAX番号					
担当診療科・医師名 印					

※ 「1 診断」及び「2 臨床確定診断日」は必ず記入してください。