

# 記入例

## 荒川区認知症高齢者等個人賠償責任保険事業利用申請書

荒川区長 殿

本人に限らず、保険会社と実際にやり取りできる方の情報を記入してください。

申請日 年 月 日  
 申請者 住所 荒川区荒川2丁目2番3号  
 氏名 荒川 花子  
 保険加入対象者との関係 妻  
 (本人・配偶者・同居親族・別居の未婚の子・後見人等)  
 電話番号(03-3802-3111)

下記のとおり、荒川区認知症高齢者等個人賠償責任保険事業の利用を申請します。

### 記

#### 1 保険加入対象者

ふりがな 氏名	あらがわ たろう 荒川 太郎		
住所	東京都荒川区荒川2丁目2番3号 (現在、医療機関への入院や施設への入所をしていません。)		
生年月日	昭和29年4月1日(70歳)	電話番号	03(3802)3111
要支援認定又は要介護認定の区分	認定なし・要支援 1・2 要介護 1 (2) 3・4・5		

#### 2 緊急連絡先(☑申請者と同じ その他(下欄に記入))

ふりがな 氏名(関係)	(保険加入対象者との関係)		
住所			
電話番号	( )		
特記事項			

緊急連絡先の記載がない場合は、本事業を利用することができません。

#### 3 書類送付先(☑申請者と同じ 対象者と同じ その他(下欄に記入))

ふりがな 氏名(関係)	(保険加入対象者との関係)		
住所			
電話番号	( )		
特記事項			

裏面も忘れずに記入してください。

<裏面へ続く>

4 認知症の症状について、以下の該当する項目の にチェックを入れてください。  
以下のいずれにも該当しない場合は、本事業を利用することができません。

(1) 40歳以上の方

医師に認知症と診断されています	<input checked="" type="checkbox"/>
-----------------	-------------------------------------

医師に認知症と診断されている方は、医師の診断書の写しを添付してください。

(2) 医師に認知症と診断されていない65歳以上の方

区所定の「自分でできる認知症の気づきチェックリスト」の実施結果が 20点以上です	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

「自分でできる認知症の気づきチェックリスト」は、荒川区のホームページ等に  
掲載しています。

必ずチェックを入れてください。

5 以下の情報提供同意欄にご署名ください。

< 情報提供同意欄 >

私は、この申請書に記載した情報について、区がこの事業の趣旨に基づき必要であると判断した場合に、地域包括支援センター、保険会社等の関係機関へ情報提供することに同意します。

・本人署名

荒川 太郎

・代筆者署名

荒川 花子

( 関係 妻 )

本人（保険加入対象者）が署名できない場合は、本人の了解を得て、家族等が本人署名欄を代筆の上、代筆者署名欄も記入してください。

署名を忘れずをお願いします。