

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

申請日 年 月 日

申請者 住所 _____

氏名 _____

保険加入対象者との関係

（本人・配偶者・同居親族・別居の未婚の子・後見人等）

電話番号（ _____ ）

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			
住 所	東京都荒川区 ----- （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	年 月 日（ 歳 ）	電話 番号	（ ）
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	☐
-----------------	--------------------------

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	☐
---	--------------------------

「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。

- 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

・代筆者署名

(関係)

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。