

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。

〈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

〈保険料〉

無料

※診断書(初回のみ必要)は自己負担です。

〈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。

〈申請の方法と流れ〉

裏面のとおり

●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。



線路や踏切に
誤って立ち入って、
列車の運行を
遅延させてしまった

自転車に乗っていたら
歩行者にぶつかり、
ケガをさせてしまった

店頭の商品を
誤って落とし、
壊してしまった



●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

※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。

申請の方法と流れ

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。)

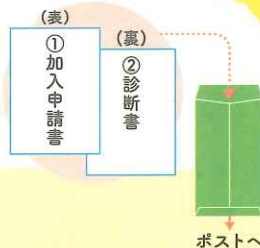
※ 診断名、臨床確定診断日の記載があれば、別の様式でも構いません。また、名古屋市外の医療機関で診断いただいたものでも構いません。(診断書料は自己負担となります)

③

申請書類の送付

「加入申請書」と診断書(原本)を申請用封筒(緑色)で郵送します。

※申請用封筒(緑色)がお手元にはない場合は、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。)



以上で申請は完了です

申請受付後

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。

【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。

本保険事業については名古屋市HP、当センターYouTubeの説明動画もご参照ください

名古屋市HP▶

※申請書類の記入例を掲載しています



それぞれ

なごや認知症の人

おでかけあんしん保険事業
と検索してもご覧いただけます



▶ 名古屋市認知症
相談支援センター
YouTubeチャンネル

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

(フリガナ)

()

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

(フリガナ)

()

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 本事業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

※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。

診斷書

[illegible]

※「1 診断」及び「2 臨床確定診断日」は必ず記入してください。

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

令和3年12月 1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 名古屋市中区三の丸三丁目1番1号(フリガナ) (ナゴヤ ハナコ)氏名 名古屋 花子生年月日 昭和30年 1月 1日電話番号 052 - ××× - △△△△

【上記以外に連絡を希望する場合の連絡先】

〒

住所 同上(フリガナ) (ナゴヤ タロウ)氏名 名古屋 太郎 (加入希望者との続柄: 夫)電話番号 〇〇〇 - ××× - △△△△

【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 制度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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

[加入希望者 氏名] 名古屋 花子

◎添付書類: 診断書

※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。

診断書

記入例

フリガナ	ナゴヤ ハナコ	大正	〇〇年 1月 1日生 (65 歳)
氏 名	名古屋 花子	昭和 平成	
住 所	〒 460-XXXX 名古屋市中区三の丸三丁目1番1号	電話 番号	052-XXX-XXXX

- 1 診断(必須) ☒ 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 ()

※MCI(軽度認知障害)、高次脳機能障害は対象外となります。

- 2 臨床確定診断日(必須) 令和2年 4月 1日
- 3 初診日 令和2年 2月 1日 (推定発病時期 平成30年2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 15点 (実施時期 令和 2年 2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 令和2年3月)
(所見: 側脳室下角の開大と海馬の萎縮が認められる。)

- 6 その他の検査結果の概要

診断書を作成する医師の方へ (記載上の注意事項)

- ・「1 診断」及び「2 臨床確定診断日」は必須項目です。必ずご記入ください。
- ・「3 初診日」～「6 その他の検査結果の概要」は任意項目ですが、できる限りご記入くださいますようお願いいたします。
- ・記名の横に必ず押印をお願いします。 ↓

以上のとおり、診断します。

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。