

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7年 4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

〒460-8508

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 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇

【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 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 052 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇

【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 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。

令和7年 4月 1日

[加入希望者 氏名] 名古屋 花子

◎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） ☒認知症である ☐MCIである ☐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（ ）

MCI、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7年 3月 1日

3 初診日 令和6年 5月 1日（推定発病時期 令和5年 12月頃）

4 診断における

（無の場合、

（有の場合、

媒体

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
よろしくお願いいたします。
・記名の横に必ず押印をお願いします。 ↓

H D S R 10点（実施時期 令和7年 1月）
M M S E 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7年 2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

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

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
よろしくお願いいたします。
・記名の横に必ず押印をお願いします。 ↓

○ ○ ○ ○

印

※「1 診断」及び「2 臨床確定診断日」は必ず記入し

この写しは原本と相違ないことを証明します。

令和7年4月1日 名古屋 花子 印

診断書の原本ではなく写しを提出する場合、
以下の事項を欄外に記入ください。

・原本と相違ないこと
・記入日
・申請者名と押印