

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

[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。