

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

※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

フリガナ		大正	
氏 名		昭和	年 月 日生 ( 歳)
住 所	〒 —	電話 番号	—
<p>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 ( )</p> <p>2 臨床確定診断日(必須) 年 月 日</p> <p>3 初診日 年 月 日 (推定発病時期 年 月頃)</p> <p>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)</p> <p>(有の場合、記入をお願いします)</p> <p>媒体 HDS-R 点 (実施時期 年 月 ) MMS E 点 (実施時期 年 月 )</p> <p>5 画像診断 CT MRI SPECT PET-CT 未実施 (実施時期 年 月 ) (所見: )</p> <p>6 その他の検査結果の概要</p>			
<p>以上のとおり、診断します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>医療機関名</p> <p>所在地</p> <p>電話番号/FAX番号</p> <p>担当診療科・医師名 <span style="float: right;">印</span></p>			

※ 「1 診断」及び「2 臨床確定診断日」は必ず記入してください。