

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 - XXXX - △△△△

【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 - XXXX - △△△△

【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 | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 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-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。