

豊中市認知症個人賠償責任保険事業実施要綱

(目的)

第1条 この事業は、個人賠償責任保険に加入することで、認知症の人及びその家族が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる環境の整備を図ることを目的とする。

(事業の対象者)

第2条 市内に居住し、徘徊（ひとり歩き）により行方不明になる恐れのある65歳以上又は若年性認知症の人で、次の各号のいずれかに該当する者とする。

- (1) 認知症の確定診断を受けている者
- (2) 過去に徘徊（ひとり歩き）により行方不明になったことがある者
- (3) 介護保険における認定調査票または主治医意見書から「認知症高齢者の日常生活自立度がⅡa以上」と確認できる者
- (4) 認知症の医療受診を検討している者
- (5) その他市長が必要と認める者

(被保険者)

第3条 前条の事業の対象者のうち、事業の申請をし、決定を受けた者及び配偶者・親族等保険会社の定める者を被保険者とする。

(保険契約者および費用)

第4条 市は保険会社と保険契約を締結し、保険料を支払うものとする。被保険者の保険料の支払いについては無料とする。

(申込)

第5条 事業の申請をしようとする者（以下「申込者」という。）は、「認知症高齢者等見守りサービス申込書」（様式第1号）を市長に提出するものとする。

(決定)

第6条 市長は、前条の申込書を受理したときは、保険加入の可否を決定し、加入が決定したときは「認知症個人賠償責任保険加入決定通知書」（様式第2号）により、非該当と決定したときは「認知症個人賠償責任保険非該当決定通知書」（様式第3号）により、申込者に通知するものとする。

(変更)

第7条 申込者は、次の各号に掲げる事項に変更があったときは、「認知症個人賠償責任保険変更届」（様式第4号）の内容を市長に届け出なければならない。

- (1) 被保険者の氏名、住所又は電話番号の変更
- (2) 緊急連絡先の氏名、住所又は電話番号の変更

2 市長は、変更の届出があった場合は、保険加入時の情報を変更するものとする。

(解約)

第8条 申込者は、次の各号のいずれかの事由に該当するときは、「認知症個人賠償責任保険解約届」(様式第5号)の内容を市長に届け出なければならない。

- (1) 被保険者が第2条に規定する要件に該当しなくなったとき。
- (2) 被保険者が死亡したとき
- (3) 認知症個人賠償責任保険を必要としなくなったとき。

2 市長は届出を受理した場合は、保険加入を廃止し、「認知症個人賠償責任保険事業解約通知書」(様式第6号)により申込者に対し通知する。

3 市長は、前項の規定にかかわらず、対象者が第2条に規定する要件に該当しないことが明らかとなったとき、または被保険者として適当でないと認めるときは、加入を取り消し、「認知症個人賠償責任保険事業解約通知書」(様式第6号)により、申込者に通知するものとする。

(補償の対象となる事故)

第9条 事業の補償の対象は、被保険者が日常生活における偶然の事故により、法律上の損害賠償責任を負った場合、その他保険契約の特約に定める場合とする。

(事業の補償の範囲)

第10条 事業の補償の範囲は、保険契約及び当該契約に適用される約款及び特約に定める範囲とする。

(有効期間)

第11条 事業の有効期間は、保険加入日の属する年度の翌年度の末までとし、継続して保険の加入を希望する場合は更新手続きをしなければならない。

(事故発生後の手続き)

第12条 補償の対象となる事故が起こった場合は、被保険者又は被保険者を介護する家族等(以下「被保険者等」という。)は保険会社の受付窓口へ連絡を行う。被保険者等は、保険会社所定の手続きを行い、保険金を請求するものとする。

(事故受付の報告)

第13条 保険会社は前条の手続きを受け付けたときは、事故受付状況を市長に報告しなければならない。

(利用台帳の整備)

第14条 市長は事業の利用状況を整理するため、被保険者の個人情報専用システムで管理するものとする。

(補則)

第15条 この要綱及び約款等に定めるもののほか、事業の実施に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和5年7月25日から施行する。

この要綱は、令和5年9月1日から施行する。

この要綱は、令和6年3月25日から施行する。

豊中市認知症高齢者等見守りサービス申込書

豊中市長 あて

情報提供について必ず本人の同意を得たうえで、下記サービスの利用を申し込みます。

申込書に記載の情報については、申込サービスの委託業者に提供するとともに、必要に応じて警察からの問い合わせや安否確認に利用すること、また審査において市が介護度等調査することに同意します。

申込サービス	徘徊（ひとり歩き）により行方不明になる恐れがあるため、下記サービスを申し込みます。		
	※希望するサービスにチェック「✓」をしてください。		
	※寝たきりの状態など、徘徊（ひとり歩き）をする可能性がない場合は利用できません。		
	<input type="checkbox"/>	認知症個人賠償責任保険	
	<input type="checkbox"/>	みまもりステッカー	
<input type="checkbox"/>	高齢者位置情報システム（	）	
<input type="checkbox"/>	高齢者位置情報システム（	）	

※決定通知書は申込者に送付します。

申込者(本人・家族)	ふりがな		利用者との続柄		
	氏名				
	住所	〒 -			
	自宅	-	-	携帯	-

利用者情報	ふりがな		生年月日	大正・昭和・平成・西暦		
	氏名			年 月 日		
	住所	〒 - 豊中市				
	自宅	-	-	携帯	-	-
	要介護度		生活拠点	自宅・施設		
	下記、項目の該当する箇所にチェック「✓」をしてください（複数回答可）					
	<input type="checkbox"/> 認知症の確定診断を受けている（病院名： 診断名： ） <input type="checkbox"/> 過去に徘徊（ひとり歩き）により行方不明になったことがある（時期： 年 月頃） <input type="checkbox"/> 認知症高齢者の日常生活自立度がⅡa以上 <input type="checkbox"/> 認知症の医療受診を検討している					
歩行状況	下記、四角「□」内の該当する箇所にチェック「✓」をしてください			車椅子の 利用状況	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
直近3か月の 症状						

裏面もご記入ください

緊急 連絡先① (主な介護者)	ふりがな	電話番号	
	氏名 続柄 ()		
	住 所		
緊急 連絡先②	ふりがな	電話番号	
	氏名 続柄 ()		
	住 所		
緊急 連絡先③	ふりがな	電話番号	
	氏名 続柄 ()		
	住 所		
緊急 連絡先④	ふりがな	電話番号	
	氏名 続柄 ()		
	住 所		

～申込にあたっての注意事項～

◆認知症個人賠償責任保険事業を申込みの方へ

- ・保険金請求時に必要となる保険証券番号については、決定通知書に同封して申込者に送付します。
- ・2年ごとに更新が必要です。更新書類は申込者に送付します。

◆みまもりステッカー・高齢者位置情報システムを申込みの方へ

ステッカーまたは端末装置（GPS）の送付先についてお選びください。

<input type="checkbox"/> 利用者	<input type="checkbox"/> 申込者	<input type="checkbox"/> 緊急連絡先（1・2・3・4）
<input type="checkbox"/> その他（氏名：		続柄： 送付先：)

(様式第2号)

第 号
年 月 日

認知症個人賠償責任保険加入決定通知書

様

豊中市長

さきに申込みのありました認知症個人賠償責任保険について、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

被保険者 氏名		生年月日	
住 所		電話番号	
有効期間	年 月 日 から 年 月 日		

<お問い合わせ先> 豊中市 課 (電話) 06-6858-

(様式第3号)

第 号
年 月 日

認知症個人賠償責任保険非該当決定通知書

様

豊中市長

さきに申込みのありました認知症個人賠償責任保険について、下記の理由により非該当と決定しましたので通知します。

記

氏名		生年月日	
住所		電話番号	
非該当の理由			

<お問い合わせ先> 豊中市 課 (電話) 06-6858-

(様式第4号)

年 月 日

認知症個人賠償責任保険変更届

豊中市長 あて

届出人 氏名 _____ 続柄 (_____)
(本人または家族) 住所 _____
電話番号 _____

認知症個人賠償責任保険について、次のとおり登録の変更を届出します。

被保険者氏名		
生年月日		
住所		
変更内容 ※□内の該当する箇所にチェック✓をしてください。 ※変更前、変更後(または追加)に内容を記入してください。	(1) 被保険者 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 電話番号 (2) 緊急連絡先 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 電話番号 (3) その他 (_____)	
	変更前	
	変更後 または追加	

(様式第5号)

年 月 日

認知症個人賠償責任保険解約届

豊中市長 あて

届出人 氏名 _____ 続柄 (_____)
(本人または家族) 住所 _____
電話番号 _____

認知症個人賠償責任保険について、次のとおり解約を届出します。

被保険者氏名	
生年月日	年 月 日
住 所	

解約理由	<input type="checkbox"/> 転出 (転出日 : _____) <input type="checkbox"/> 死亡 (死亡日 : _____) <input type="checkbox"/> 入院 (入院日 : _____) <input type="checkbox"/> 行方不明になるおそれがなくなった (寝たきり等) <input type="checkbox"/> その他 (_____)
------	---