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 II a 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を専用の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。

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。

申	※希望するサービスにチェック「✓」をしてください。									
込サ	※寝たきり	の状態など、徘徊(ひとり歩き)をする可能性	性がない場合	は利用	月できません。					
サー	□ 認知	症個人賠償責任保険								
F.	□みま	もりステッカー								
ス	□ 高齢	者位置情報システム()					
	□ 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	ふりがな									
申込者(本人・	氏 名		利用者との組	続柄						
	住 所	〒 −								
家族)	自 宅		携帯		_	_				
			T							
	ふりがな		- 4700		大正・昭和・	平成・西原	替			
	氏 名		生年月日			年 月	日			
	住 所	豊中市								
	自 宅		携帯		_	_				
	要介護度		生活拠点		自宅・	施設				
£il	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)									
利用者情	□ 認知症の確定診断を受けている(病院名: 診断名:)									
者信	□ 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)									
報	□ 認知症高齢者の日常生活自立度が II a 以上									
	□ 認知症の医療受診を検討している									
		下記、四角「□」内の該当する箇所にチェック「✓」	をしてください	<i>(</i>)						
	歩行状況	□ ひとりで歩くことができる			車椅子の	□あり				
	> 14 VVD	□ 支えがないと歩くことができない			利用状況	□なし				
		□ 支えがあっても歩くことができない								
	直近3か月									
	の症状									
					古 デュ	デ記スクチ	، ریک ناپ			

	野豆 左 .	ふりがな				
	緊急 連絡先①	氏名	続柄()	電話番号	
	(主な介護者)	住所				
		ふりがな				
	緊急 連絡先②	氏名	続柄()	電話番号	
		住 所				
		ふりがな				
	緊急	氏 名	続柄()	電話番号	
	連絡先③	住 所				
		ふりがな				
	緊急	氏 名	続柄()	電話番号	
	連絡先④	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。

□ その他(氏名: 続柄: 送付先:	□ 利用者	□ 申込者	□ 緊急連絡先(1 • 2 • 3 • 4)	
	□ その他(氏	名:	続柄:	送付先:)

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	目		
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-

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-

認知症個人賠償責任保険変更届

典	中.	市長	あ	7

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						
DATE OF THE STATE						
生年月日						
住所						
	(1)被保険	:者	□氏名	□住所	□電話番号	
	(2) 緊急連	絡先	□氏名	□住所	□電話番号	
	(3) その他	. ()
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	変更前					
(または追加) に内容を記入してください。	変更後または追加					

認知症個人賠償責任保険解約届

			貝山内	19天月午小17日				
豊中市長あっ	C							
		届出人	氏名	7 			続柄()
		(本人または家族)	住瓦	f				
				舌番号				
認知症個人賠償	當青任	保険について、次のとおり解	的を届	出します。				
	e e i		· J · C / HI	щоку				
被保険者氏	:名							
生年月日		年		月	日			
住所	ŕ							
解約理由)		
一)		
		死亡(死亡日:)		
		入院(入院日: に七子明にかるかるながかくま		(合き きゅか	-\)		
		庁方不明になるおそれがなくた 	さった	(浸たきり等	-)		,	
		その他()	
1	1							