

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 _____

氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号 _____ - _____ - _____

【上記以外に連絡を希望する場合の連絡先】※代筆可

〒

住所 _____

氏名 _____ (加入希望者との続柄: _____)

電話番号 _____ - _____ - _____

【加入希望者同意確認】

私は、下記の3つの事項について同意します。

- 1 本事業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。

【署名又は記名押印】※代筆の場合は押印が必要です。

年 月 日 _____ 印

◎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。

【加入にあたっての注意事項】

- ・制度加入期間はこの申請書を受理した日からその日の属する年度の末日までです。
- ・加入手続きが完了しましたら、名古屋市認知症相談支援センターから「加入のお知らせ」を送付します。

