

令和      年      月      日

神 戸 市 長 宛

**【申込者(本人)】**

|              |                                                                                                   |                                         |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| (フリガナ)<br>氏名 |                                                                                                   | 生年月日                                    |
|              |                                                                                                   | 年                  月                  日 |
| 住所           | 〒        ―                                              電話（                  ―                  ） |                                         |

【上記以外の希望連絡先】※申込者以外への連絡を希望する場合に記入

☐ 事故救済制度に関する書類の送付を以下の連絡先に希望する

|        |                                            |
|--------|--------------------------------------------|
| (フリガナ) |                                            |
| 氏名     | (続柄： )                                     |
| 住所     | 〒                  電話 (                  ) |

以下のとおり申し込めます（希望する項目の□にチェックを入れてください）。

申込みにあたっては、賠償責任保険の加入・GPSサービスの利用の要件（認知症と診断された方）を確認するため、神戸市認知症診断助成制度の認知機能精密検査の結果を確認することに同意します。

☐ 賠償責任保険の加入☐ GPSサービスの利用

希望するGPSサービスを下記より1つ選択してください。

|                                 |                                   |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ホームネット | <input type="checkbox"/> あんしんサポート |
|---------------------------------|-----------------------------------|

【賠償責任保険の加入にあたっての注意事項】

- ・保険加入期間は、この申込書を受理した日から3月末までとなります。それ以降は自動更新となります。保険料は市が負担します。
- ・加入手続きが完了しましたら、委託事業者から「加入のお知らせ」を送付します。
- ・事故救済制度を利用して支給がなされた場合、個人が特定されない形で、事故の概要・支給金額等を制度実績として公表する場合があります。

【GPSサービスの利用にあたっての注意事項】

- ・医療機関から認知機能精密検査結果の報告が市に届くまでに時間がかかるため、委託事業者からのご案内は2～3か月後になります。サービスの提供をお急ぎの場合は、認知機能精密検査結果（受診者用）の写しを同封してお申し込みください。
- ・初期費用と月額利用料の半額は市が負担します。月額利用料の半額、その他オプションサービスについては利用者の負担です。
- ・委託事業者との個別契約が必要です。後日、委託事業者よりご案内します。
- ・市外へ転出された場合やお亡くなりになった場合などはお申し出ください（GPSを継続して利用する場合、月額利用料は全て自己負担になります）。市が把握した場合はご連絡します。

【個人情報取扱について】

- ・個人情報、申し込み内容の電話等での確認のほか、神戸市認知症診断助成制度、神戸市認知症事故救済制度の申し込み・利用のデータ管理に使用し、目的以外には使用いたしません。

## 【神戸市認知症事故救済制度利用申込書】

令和 年 月 日

神戸市長宛

### 1. 申込者(ご本人)

|        |                 |   |   |   |
|--------|-----------------|---|---|---|
| (フリガナ) |                 |   |   |   |
| 氏 名    |                 |   |   |   |
| 生年月日   | 大正・昭和・西暦        | 年 | 月 | 日 |
| 住 所    | 〒 -             |   |   |   |
| 電話番号   | ( ) - ( ) - ( ) |   |   |   |

### 2. 連絡先(ご本人以外を希望する場合のみ)

事故救済制度に関する書類の送付先を、ご本人以外に希望される場合はご記入ください。

|                                                      |                 |  |  |  |
|------------------------------------------------------|-----------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 事故救済制度に関する書類の送付を以下の連絡先に希望する |                 |  |  |  |
| (フリガナ)                                               |                 |  |  |  |
| 氏 名                                                  |                 |  |  |  |
| 続柄                                                   |                 |  |  |  |
| 住 所                                                  | 〒 -             |  |  |  |
| 電話番号                                                 | ( ) - ( ) - ( ) |  |  |  |

### 3. 利用を希望するサービス

希望する項目の ☐ にチェックを入れてください。

|                                        |                                   |
|----------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 賠償責任保険の加入     |                                   |
| ※保険料：無料（神戸市が負担します）                     |                                   |
| <input type="checkbox"/> G P S サービスの利用 |                                   |
| ⇒希望するG P S サービスを下記より1つ選択してください。        |                                   |
| <input type="checkbox"/> ホームネット        | <input type="checkbox"/> あんしんサポート |
| ※一部有料                                  |                                   |
| ※各種オプションについては、メーカーに直接お問い合わせください。       |                                   |

裏面の注意事項を確認のうえ、以上のとおり申し込みます。

申込みにあたっては、賠償責任保険の加入・G P S サービスの利用の要件（認知症と診断された方）を確認するため、神戸市認知症診断助成制度の認知機能精密検査の結果を確認することに同意します。

《裏面の注意事項をかならずご確認ください》

## < 注意事項 >

### 【賠償責任保険の加入にあたっての注意事項】

- ・ 保険料は神戸市が負担します。
- ・ 保険期間は申込書受理日から当年度の 3 月 31 日までです。  
以後は自動更新されます。
- ・ 加入手続きが終わると「加入のお知らせ」が届きます。
- ・ 制度による給付が行われた場合、個人が特定されない形で事故概要や給付額を公表することがあります。

### 【GPSサービスの利用にあたっての注意事項】

- ・ ご案内が届くまで 2～3 か月ほどかかることがあります。  
お急ぎの場合は「認知機能精密検査結果（受診者用）」のコピーを一緒に提出してください。
- ・ 初期費用と月額料金の半額は神戸市が負担します。  
残り半額とオプション料金は利用者負担です。
- ・ 利用には委託事業者との個別契約が必要です。  
後日、委託事業者よりご案内します。
- ・ 転居や死亡などで利用状況が変わった場合はお知らせください。
- ・ 市外転出後も継続利用する場合は、利用料は全額自己負担となります。

### 【個人情報の取扱いについて】

- ・ ご提供いただいた個人情報は、  
申込内容の確認  
神戸市認知症診断助成制度の管理  
神戸市認知症事故救済制度の管理  
のために使用し、それ以外の目的には使用しません