

港区認知症高齢者等おかえりサポート事業登録申請書

年 月 日

(宛先) 港区長

【申請者】

住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ 登

録者との続柄 ( \_\_\_\_\_ )

電話番号： \_\_\_\_\_

港区認知症高齢者等おかえりサポート事業実施要綱第5条第1項の規定により、以下のとおり申請します。なお、緊急連絡先の方には、本申請をすることについて同意を得ています。

登録者	フリガナ		生年月日	性別
	氏名		年 月 日 ( 歳)	男・女
	住所	港区		
	電話番号			
	介護度	介護認定なし・介護申請中・要支援1・要支援2 要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5		
	申請理由	1 はいかいがある 2 一人での外出に不安がある 3 再申請 4 その他 ( _____ )		
緊急連絡先① <small>(アイロンシール等送付先)</small>	フリガナ		続柄	登録者との同居
	氏名			あり・なし
	住所			
	電話番号①		自宅・携帯・その他 ( _____ )	
	電話番号②		自宅・携帯・その他 ( _____ )	
緊急連絡先②	フリガナ		続柄	登録者との同居
	氏名			あり・なし
	住所			
	電話番号①		自宅・携帯・その他 ( _____ )	
	電話番号②		自宅・携帯・その他 ( _____ )	

裏面に続きます。

< 受付印 >

認知症高齢者等賠償責任保険の加入希望についてどちらかに☑をしてください。

認知症高齢者等賠償責任保険への加入について

加入する

加入しない

保険に加入希望の方は認知症の症状を申告してください。

当てはまるものに☑してください。おかえりサポート保険（認知症保険）の加入にはどちらかに☑が必須です。

「おかえりサポート保険チェックリスト」で、1つ以上該当する項目がある。

「おかえりサポート保険チェックリスト」 ○をつけてください

質問	回答	
①道に迷い家に帰れなくなることがある	はい	いいえ
②自分のいる場所がどこなのか分からなくなることがある	はい	いいえ
③財布や鍵など、物を置いた場所が分からなくなる	はい	いいえ
④5分前に聞いた話を思い出せないことがある	はい	いいえ
⑤周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされる	はい	いいえ
⑥今日が何月何日か分からないときがある	はい	いいえ
⑦言おうとしている言葉が、すぐに出てこないことがある	はい	いいえ

医師に認知症と診断されている

→認知症であることが分かるものの写しを添付してください。

保険加入の有無にかかわらず、下記同意欄にご署名ください。

情報提供 同意欄	私は、この申請書に記載した情報について、区がこの事業の趣旨に基づき必要であると判断した場合に、委託業者、警察署、消防署、医療機関、高齢者相談センター（地域包括支援センター）、保険会社等へ情報提供することに同意します。 本人署名 _____ 代筆者氏名 _____ _____ （続柄            ）
-------------	---

※本人が署名できない場合は、本人の了解を得て、家族等が本人署名欄を代筆の上、代筆者氏名も記入してください。