

年 月 日

三鷹市高齢者等位置情報確認システム事業利用申込書

(あて先)三 鷹 市 長

三鷹市高齢者等位置情報確認システム事業の利用について、次のとおり申し込みます。

なお、審査に必要な介護認定に関する情報等の調査及び事業委託事業者へ情報を提示することについては、これに同意します。

携帯予定者と申込者が異なる場合、申込者は予め携帯予定者に本事業の同意を得ることにします。

申 込 者	住 所			
	フリガナ		続 柄	
	氏 名			
	電 話	自 宅	携 帯	
		勤務先(事業所名) ()		

端 末 機 携 帯 予 定 者	住 所	三鷹市	丁 目	番 号	電 話	
	フリガナ				生年月日	年 月 日
	氏 名					
	状 況					

三鷹市認知症高齢者等個人賠償責任保険(みたか認知症あんしんプラン)への加入について

☐ 加入します※☐ 加入しません

【保険加入同意確認】※加入する場合にはこちらの内容についてもご確認ください。また、携帯予定者と申込者が異なる場合、申込者は予め携帯予定者に三鷹市認知症高齢者等個人賠償責任保険(みたか認知症あんしんプラン)の加入について、同意を得ることにします。

保険の加入にあたり、下記の事項について同意します。

- 1 対象要件および変更申請内容確認のため、市が有する住民基本台帳の情報や、介護認定に係る情報を市が確認すること。
- 2 保険の対象者となることに必要な個人情報(氏名・性別・住所・生年月日・電話番号)、保険金の請求に係る事故の状況等に関する情報について、保険会社と市が共有すること。
- 3 市と契約した保険会社が定める約款、特約条項等で免責とされる事故については補償の対象とされない場合があること。
- 4 この申請書に記載した情報について、市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、警察署、消防署、医療機関、高齢者なんでも相談センター(地域包括支援センター)、保険会社等へ情報提供すること。

【申込者の署名】

(続柄)

端末携帯予定者の介護情報等

要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2	被保険者番号	
居宅介護支援事業者		ケアマネジャー	

***** 事務処理欄(以下は、記入しないでください。) *****

受 付 印		係長	係	利 用	利用決定通知発送	公 印
				1 承 諾	年 月 日	
					利用開始年月日	
					2 不承諾	
摘 要	介護認定() 認知症高齢者自立度()					
	主治医意見書() 徘徊 あり ・ なし					