

令和 年 月 日

神 戸 市 長 宛

【申込者(本人)】

(フリガナ) 氏名		生年月日
		年 月 日
住所	〒 ー 電話（ ー ）	

【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	
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。

☐ A L S O K	☐ ホームネット	☐ 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】

- ・保険料は市が負担します。
- ・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。２年目以降は自動更新となります。
- ・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】

- ・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】

- ・個人情報は、申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。