

紀の川市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業実施要綱

令和3年5月7日

告示第90号

(目的)

第1条 この告示は、徘徊のおそれのある認知症高齢者等（以下「対象者」という。）及びその家族が地域で安心して生活することができる環境を整備することを目的とする。

(事業主体)

第2条 紀の川市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業（以下「本事業」という。）の実施主体は紀の川市とする。

(事業内容)

第3条 本事業の対象者が、日常生活における認知症に起因する偶然な事故によって法律上の損害賠償責任を負った場合、これを補償する個人賠償責任保険に紀の川市が契約者となり加入し、その保険料については全額を紀の川市が負担するものとする。

(対象者)

第4条 本事業の対象者は、住民基本台帳法(昭和42年法律第81号)に基づき、紀の川市の住民基本台帳に記録されている者で、次の各号のいずれにも該当するもの又は特に市長が必要と認めるものとする。

(1) 紀の川市ほっと安心ネットワーク事業の登録者

(2) 在宅生活をしており、次のアからウまでのいずれにも該当しない者

ア 介護保険制度における介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院若しくは地域密着型介護老人福祉施設に入所している者又は認知症対応型共同生活介護若しくは特定施設入居者生活介護を利用している者

イ 医療法(昭和23年法律第205号)に規定する病院又は診療所に入院している者

ウ 次のいずれかの社会福祉施設等に入所している者

(ア) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)に規定する障害者支援施設

(イ) 生活保護法(昭和25年法律第144号)に規定する救護施設及び更生施設

(ウ) 老人福祉法(昭和38年法律第133号)に規定する養護老人ホーム

(3) 要介護認定における認定調査票又は主治医意見書若しくは医師の診断書により認知症であることを確認できる者又は認知症高齢者の日常生活自立度がⅡa以上かつ障害高齢者の日常生活自立度がB2以下と判定されている者

(申請)

第5条 本事業の対象者又は対象者を在宅で介護する者、対象者の家族等若しくは法定代理人のうち保険加入を希望する者（以下「申請者」という。）は、紀の川市認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請書（様式第1号）を市長に提出するものとする。

(決定)

第6条 市長は、前条の規定により申請を受けたときは、保険加入の可否を決定し、紀の川市認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請結果通知書（様式第2号）により、申請者に通知するものとする。

(変更の届出)

第7条 前条の規定により保険加入を認める通知を受けた者（以下「被保険者等」という。）は、申請事項に変更があった場合は速やかに変更の内容を紀の川市認知症高齢者等個人賠償責任保険変更・中止届（様式第3号。以下「変更・中止届」という。）により市長に届け出なければならない。

(中止の届出)

第8条 被保険者等は、本事業の対象者が第4条に規定する要件に該当しなくなった場合又は保険加入を辞退する場合は速やかに変更・中止届により市長に届け出なければならない。

(補償の範囲)

第9条 本事業による補償の範囲は、保険契約に適用される約款、特約条項等で規定される範囲とする。

(事故発生後の手続)

第10条 補償の対象となる事故が起こった場合、被保険者等は保険会社が指定する受付窓口へ連絡し、保険会社所定の手続を行い、保険金を請求するものとする。

2 保険会社は前項の規定による手続があった場合は、速やかに事故受付報告書（様式第4号）を市長に提出するものとする。

(守秘義務)

第11条 本事業に携わる者は、事業を通じて知り得た秘密を漏らしてはならない。その職を退いた後も同様とする。

(その他)

第12条 この告示に定めるもののほか、この事業の実施に必要な事項は別に定める。

附 則

この告示は、令和3年6月1日から施行する。

様式第1号（第5条関係）

紀の川市認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請書

年 月 日

（宛先）紀の川市長

（申請者）

住 所

氏 名

保険加入対象者との続柄（ ）

連絡先電話番号

私は、紀の川市認知症高齢者等個人賠償責任保険に、次のとおり加入申請します。

保険加入対象者

住 所			
ふりがな 氏 名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	年 月 日（ 歳）	電話番号	
居住状況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外に居住（ ）		

保険加入同意確認

<p>本事業の加入申請に当たり、次の事項について同意します。</p> <p>1 本保険申請について加入要件・変更申請内容確認のために必要となる住民基本台帳情報、介護認定情報その他の市が保有する対象者の情報を利用すること。</p> <p>2 保険加入に必要な個人情報（氏名・性別・生年月日・住所・連絡先）、保険金の請求に必要な事故の状況等に関する情報について、保険会社と紀の川市が共有すること。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者署名又は記名</p>

市記入欄
1 ほっと安心ネットワーク事業登録状況 <input type="checkbox"/> 登録済（登録番号 ）
2 居住状況 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外（ ）

様式第2号（第6条関係）

紀の川市認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請結果通知書

（申請者）

様

年 月 日

紀の川市長



年 月 日付で申請のあった紀の川市認知症高齢者等個人賠償責任保険加入について、次のとおり決定したので紀の川市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業実施要綱第6条の規定により通知します。

保険加入の可否	加入を認める 加入を認めない（理由： ）
保険の始期	年 月 日 時から
住 所	
ふりがな 氏 名	
性 別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日
ほっと安心ネット ワーク事業登録番号	
特記事項	

様式第3号（第7条、第8条関係）

紀の川市認知症高齢者等個人賠償責任保険変更・中止届

年 月 日

(宛先) 紀の川市長

(被保険者等)

住所

氏名

保険加入対象者との続柄 ()

連絡先電話番号

私は、次のとおり申請内容の変更・中止を届け出ます。

届出区分	<input type="checkbox"/> 登録内容の変更	<input type="checkbox"/> 保険の中止
------	----------------------------------	--------------------------------

保険加入対象者

住所	
ふりがな 氏名	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	年 月 日

1 申請内容変更 ※申請内容の変更があった場合のみ記入

住所	
ふりがな 氏名	
電話番号	
居住状況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外に居住 ()

2 保険の中止 ※保険を中止する場合のみ記入

中止事由	<input type="checkbox"/> 転出 (転出日) <input type="checkbox"/> 死亡 (死亡日) <input type="checkbox"/> 入院・入所 (異動日) <input type="checkbox"/> 保険加入の辞退 <input type="checkbox"/> その他 ()
------	---

様式第4号（第10条関係）

事故受付報告書

年 月 日

（宛先）紀の川市長

所在地
事業者名
代表者名
電話番号

紀の川市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業実施要綱第10条の規定により報告します。

保険加入 対象者氏名			
事故発生日	年 月 日	事故受付日	年 月 日
事故発生場所			
対処状況		損害賠償額	円
事故の概況			