

半田市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、認知症高齢者等及びその家族が住み慣れた地域で安心して生活することができる環境の整備を図るため、個人賠償責任保険事業（以下「事業」という。）の実施に関し、必要な事項を定める。

(事業に係る補償の内容)

第2条 この事業は、認知症高齢者等が日常生活上で偶然の事故により、他人の身体又は財産に損害を与えた等により、法律上の損害賠償責任を負った場合を補償の対象とする。

2 この事業による補償の範囲は、市が締結する保険契約に適用される約款、特約条項等（以下「約款等」という。）で規定される範囲とする。

(保険契約)

第3条 市長は、保険会社との間で、第4条に規定する対象者を被保険者とする個人賠償責任保険に係る契約を締結し、保険料を支払う。

2 保険料の額は、保険会社が定める約款等に基づき都度算出するものとする。

3 この事業による補償額の上限は、3億円とする。

(対象者)

第4条 この事業の対象となる者（以下「対象者」という。）は、市内に居住し、住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）に基づく住民基本台帳に記録されている40歳以上の者で次の各号のいずれかに該当するものとする。

(1) 介護保険法（平成9年法律第123号）に規定する要介護認定を受け、認知症高齢者の日常生活自立度の判定基準ランクⅡa以上の者

(2) 認知症（若年性を含む）の診断を受けている者

(3) 65歳以上で認知症が疑われ、行方不明になるおそれがある者

(申請)

第5条 対象者、対象者を介護する者又は対象者の親族若しくは法定代理人（以下「申請者」という。）は、半田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）を市長に提出しなければならない。

(決定)

第6条 市長は、前条の申請書を受理した場合は、速やかに内容を審査し、保険加入の可否を決定するとともに、半田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）により申請者に通知するものとする。

(自己負担額)

第7条 この事業の保険期間は、申請のあった日から当該年度末までとする。

2 前条の通知を受けた者は、当該申請の日の属する月から保険期間に応じ、月額50円を利用決定時に市長に納入しなければならない。

(変更の届出)

第8条 申請者は、申請書に記載した内容に変更が生じたときは、速やかに半田市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業変更・廃止届（様式第3。以下「変更・廃止届」という。）を市長に届け出なければならない。

(廃止等)

第9条 申請者は、次の各号のいずれかに該当する場合は、速やかに変更・廃止届により市長に届け出なければならない。

- (1) 被保険者が死亡したとき。
- (2) 被保険者が市外に転出したとき。
- (3) 被保険者が第4条に規定する対象者の要件を満たさなくなったとき。
- (4) 事業の利用を辞退するとき。

2 保険会社は、前項の届出により保険への加入が廃止されたときは、市長に対し、当該廃止に係る対象者の残存する保険期間に相当する保険料の額を返還するものとする。この場合において、市長は、当該対象者又は申請者に対し、残存する保険期間に相当する自己負担額を返還するものとする。

(利用の取り消し)

第10条 市長は、被保険者が次の各号のいずれかに該当するときは、この事業の利用を取り消すことができるものとする。

- (1) 前条第1項の各号のいずれかに該当するにもかかわらず、同項に規定する変更・廃止届の提出がされないとき。
- (2) 虚偽の申請その他不正な手続きによって利用の決定を受けたとき。

(事故発生の受付及び報告)

第11条 被保険者又は申請者は、補償の対象となる事故が発生した場合は、速やかに保険会社が指定する受付窓口へ連絡しなければならない。

2 保険会社は、前項の規定による連絡を受けた場合は、速やかに市長に報告しなければならない。

(補則)

第12条 この要綱及び約款等に定めるもののほか、必要な事項は市長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

様式第 1 (第 5 条関係)

半田市認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請書

年 月 日

半 田 市 長 様

申請者 住 所
氏 名
保険加入対象者との続柄
電話番号

次のとおり半田市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業に加入申請します。

【保険加入対象者（被保険者）】

ふりがな 氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	年 月 日
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 - 半田市	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
該 当 項 目	ア 要介護認定あり	※市役所記入欄 認知症高齢者の日常生活自立度 ()	
	イ 認知症の診断あり	医療機関名： 診断日 年 月 日	
	ウ 65歳以上で、行方不明のおそれあり	※市役所記入欄 理由 ()	

次の事業について、併せて希望します。

- 半田市認知症による行方不明高齢者等搜索機器貸与事業
- 半田市行方不明高齢者情報配信事業（高齢者見守りメールでの搜索協力）

申 請 者 確 認 欄	申請者は、保険加入対象者（被保険者）に対し、この事業の審査に必要な住民登録状況、介護保険の認定に係る調査内容について市が確認すること、また、市が申請時に取得した個人情報、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当該保険会社や関係機関と情報共有することについて説明し、同意することを確認しましたか。 <input type="checkbox"/> 確認しました。
----------------------------	---

様式第2（第6条関係）

半田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

年 月 日

様

半田市長

年 月 日に申請のありました半田市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業の利用につきましては、下記のとおり決定（却下）します。

記

1. 決定

保険加入対象者	
保 険 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日
自 己 負 担 額	円（ 年 月 ~ 年 月分）

※保険期間を満了し、更新の手続きを行わなかった場合は、自動的に登録が廃止されます。

2. 却下

理 由	
--------	--

※ 記載事項に変更が生じた場合は、速やかに半田市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業変更・廃止届（様式第3）を市へ提出してください。

様式第3（第9条関係）

半田市認知症高齢者等個人賠償責任保険変更・廃止届

年 月 日

半 田 市 長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号
保険加入対象者との続柄

次のとおり半田市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業の登録変更・廃止の届出をします。

1. 保険加入対象者（被保険者）

氏 名		生年月日	年 月 日
-----	--	------	-------

2. 登録内容の変更（※変更内容のみご記入ください。）

氏 名	
住 所	
電話番号	

3. 保険加入の廃止

廃 止 理 由	<input type="checkbox"/> 死亡（死亡日 年 月 日）
	<input type="checkbox"/> 転出（転出日 年 月 日）
	<input type="checkbox"/> 対象者要件を満たさない（ ）
	<input type="checkbox"/> 事業辞退

4. 振込先指定口座

金融機関名	店 名	預金の種類	口 座 番 号
銀行 金庫 組合	店	1. 普通 2. 当座	
口座名義人 (氏 名)	(フリガナ)		

様式第4（第9条関係）

半田市認知症高齢者等個人賠償責任保険廃止決定通知書

年 月 日

様

半田市長

半田市認知症高齢者等個人賠償責任保険の加入につきましては、下記のとおり廃止を決定したので通知します。

記

1. 保険加入対象者（被保険者）

氏名		生年月日	年 月 日
住所			

2. 廃止理由

廃止理由	<input type="checkbox"/> 死亡（死亡日 年 月 日）
	<input type="checkbox"/> 転出（転出日 年 月 日）
	<input type="checkbox"/> 対象者要件を満たさない（ ）
	<input type="checkbox"/> 事業辞退

3. 廃止における返還額

返還決定額 金 _____ 円（ 年 月 ～ 年 月分）