

このリーフレットは、平成31年1月27日までに
認知症の診断を受けられた方向けのご案内です。
令和4年3月31日までにお申し込みください。
(申込み期間を1年間延長しました)

❀ 賠償責任保険 GPS 安心かけつけサービスのご案内

神戸市には、認知症の方・ご家族の方が安全・安心に暮らし続けられるよう、認知症の方が事故を起こしたときに備えた「賠償責任保険」と、行方不明時に早期に発見し事故を未然に防ぐための「GPS安心かけつけサービス」の制度があります。

申し込まれる方は、このリーフレットをよくお読みのうえ、添付の申込書（切り離してお使いください）で申し込んでください。

このリーフレットは、平成31年1月27日までに認知症の診断を受けられている方向けのものです。

認知症の診断を受けていない方は、神戸市の「認知機能検診」を受診してください（無料。受診券の申込み必要。申込書はあんしんすこやかセンター、実施医療機関にあるほか、下記認知症「神戸モデル」特設サイトからもダウンロードできます）。

神戸市 認知症診断 検索

<対象となる方>

神戸市内に住民登録されている認知症と診断された方

<申込みに必要なもの>

①神戸市認知症事故救済制度利用申込書（既診断者等用）

このリーフレットの申込書を切り離してお使いください。

②医師による診断書

医療機関で申込書裏面の診断書を記載してもらってください。

診断書料は自己負担となります。

<申込方法>

下記送付先まで、郵送で申し込んでください（住所記載不要）。

〒650-8570 神戸市 介護保険課 事故救済制度の係

申込み後の流れ

《賠償責任保険》

登録が完了次第、委託事業者よりご案内を送付します。保険期間は、市が申込書を受理した日からになります。

《GPS安心かけつけサービス》

委託事業者と直接契約を結んでいただきます。お申し込みいただいた方に事業者からご案内させていただきます。

※制度の詳細は、裏面をご覧ください。

■問合せ先

市総合コールセンター（年中無休 8:00～21:00）

TEL 0570-083330 または 078-333-3330

FAX 078-333-3314



認知症「神戸モデル」
特設サイト

《事故が起こったときの相談・制度のお問合せ》は、神戸市認知症事故救済コールセンターへ
じこきゅうさいこうべ
フリーダイヤル 0120-259315 (24時間・365日受付)

1 賠償責任保険制度の概要

○制度の概要

認知症と診断された方が事故を起こし、賠償責任を負われた場合（家族も含む）に備え、神戸市が保険料を負担して賠償責任保険に加入します。

○保険金の種類と金額

保険金の種類	保険金の額	備 考
賠償責任保険	1 事故 最高 2 億円	自動車事故など対象外となる場合があります。
ご本人の死亡・後遺障害 <傷害死亡・後遺障害保険>	死亡 100万円 後遺障害(程度により) 42万円～100万円	認知症の方が交通事故等（自動車事故も含む）でお亡くなりになった場合に保険金をお支払いします。

○保険期間

- ・市が申込書を受理した日から1年間
- ・保険期間は自動更新となります（市外に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。市が把握した場合はお申し出がなくても解約手続きを行います）。

○保 険 料

- ・無料（神戸市が負担します）

2 GPS 安心かけつけサービスの概要

○事業の概要

認知症の方の行方が分からなくなったときに、GPS（衛星利用測位システム）を使って居場所を探することができます（パソコン、タブレット、スマートホンで探せます）。

また、ご家族の依頼でガードマンがかけつけ、搜索を支援するサービスもあります。

○費 用

料金項目	料金(消費税別)	料金負担
契約事務手数料	4,500円/台	神戸市
月額利用料	2,000円/台	利用者
かけつけサービス 出動料金	6,000円/1時間 ※延長含め1回最大3時間まで	神戸市(6回目まで) 利用者(7回目から)

○その他、注意事項

市外に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、かけつけサービスの費用は全て自己負担となります）。市が把握した場合はご連絡させていただきます。

《見舞金（給付金）制度》

認知症の方が事故を起こされた場合に、賠償責任の有無に関わらず、被害に遭われた方に神戸市から見舞金（給付金）を支給します。

事前の登録は不要で、賠償責任保険に申し込まれていない場合も支給します。

事故が起こった際は、上記のコールセンターに連絡してください。

※自動車事故など対象外となる事故があります。

- 主な見舞金 《死亡》最高3,000万円 《後遺障害》最高3,000万円
《入院》最高10万円 《通院》最高5万円
《財物損壊》最高10万円 ほか
※類焼被害の上乗せあり

神戸市認知症事故救済制度 利用申込書

令和 年 月 日

神戸市長 宛

【申込者】

住所 _____

フリガナ
氏名 _____

電話 _____

【上記以外に連絡を希望する場合の連絡先】

住所 _____

氏名 _____ (続柄: _____)

電話 _____

(携帯電話 _____)

- ☐ 事故救済制度に関する書類の送付
を全て連絡先に希望する
(希望する場合はチェックを入れて
ください)

以下のとおり申し込みます（希望する項目の□にチェックを記入してください）。

☐ 賠償責任保険の加入

〔保険料は市が負担します〕

☐ GPS 安心かけつけサービスの利用 (□以前に保険申込済)

〔初期費用とかけつけサービス（年度内に6回まで）の費用は市が負担します
月額利用料と7回目からのかけつけサービス費用は申込者の負担です〕

◎添付書類：診断書

※認知症と診断された方が対象となります。医療機関で裏面の診断書を記載してもらって
ください。

【賠償責任保険の加入にあたっての注意事項】

- ・保険加入期間は、この申込書を受理した日から1年間(翌年の同日まで)となります。2年目以降は、自動更新となりますので、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（市が把握した場合は、申し出がなくても解約手続きを行います）。
- ・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」を送付させていただきます。

【GPSの利用にあたっての注意事項】

- ・委託事業者との個別契約が必要です(月額利用料は委託事業者に直接お支払いください)。後日、委託事業者より案内させていただきます。
- ・市外に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、かけつけサービスの費用は全て自己負担となります)。市が把握した場合はご連絡させていただきます。

【個人情報の取扱いについて】

- ・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。

診 断 書

フリガナ		男	明治			
氏 名		・	大正	年	月	日生
		女	昭和	(歳)		
住 所	〒 ー			電話	ー	
1. 診断 アルツハイマー型認知症 レビー小体型認知症 血管性認知症 その他 ()						
2. 臨床確定診断日 年 月 日						
3. 初診日 年 月 日 (推定発病時期 年 月頃)						
4. 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準 I II a II b III a III b IV M						
5. 介護保険主治医意見書記載 有 無						
6. 今後の改善の可能性 有 無						
7. 診断における検査実施 有 無 (無の場合、理由をお書きください) (有の場合、記入をお願いします) 媒体 H D S - R 点 (実施日 年 月 日) M M S E 点 (実施日 年 月 日)						
8. 画像診断実施 未 済 (実施日 年 月 日) (所見:)						
9. その他の検査結果の概要						
以上のとおり、診断します。 医療機関名 所在地 電話番号 / F A X 番号 担当医師名 印 年 月 日						