様式第１号（第３条関係）

静岡市終活情報登録・伝達事業申請書

年　　　月　　　日

（宛先）静岡市長

以下の内容に同意し、静岡市終活情報登録・伝達事業の利用を希望します。

1. 登録対象者（本人）が病気や事故等により意思表示ができなくなったとき、または死亡したときに、事前に市に登録した終活に関する情報を医療機関、警察、消防、福祉事務所および照会可能な登録者からの照会に対して市が開示すること。
2. 市が住民基本台帳情報に基づき異動情報を参照すること。
3. 登録対象者（本人）が死亡した日から５年を経過したとき、または市外へ転出したときは、登録を廃止すること。

本人の情報

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録対象者（本人） | ふりがな |  | | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 氏名 |  | |
| 住所 | 〒　　　 －　　　　　　葵区 ・ 駿河区 ・ 清水区 | | | |
| 電話番号 |  | | | |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | ＠ | | | |
| □　エンディングノート　Ｐ | | | 【市担当処理欄】　□本人確認書類確認済み  □　Ｓ救セット所持確認済み | | |

本人と登録申請者が異なる場合のみ、ご記入ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 登  録  申  請  者 | 本人が認知症等で明らかに申請できない場合に限り、次の人が登録申請できます。  〔　　〕①後見人（登記の事実が分かる書類が必要です。）  〔　　〕②親族　登録対象者（本人）との関係　（　　　　　　　） | | | |
| ふりがな |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒　　　 －　　　　　　葵区 ・ 駿河区 ・ 清水区 | | |
| 電話番号 |  | | |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | ＠ | | |
| 【市担当処理欄】　□届出者の本人確認書類確認済み　□（後見人の場合）登記事項証明確認済 | | | | |

１ 本籍

□　登録を希望する　　　□　登録を希望しない

|  |  |
| --- | --- |
| 本籍 | 筆頭者 |

２ 緊急連絡先・照会可能な者（個人・法人とも登録可）

□　登録を希望する　　　□　登録を希望しない

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ふりがな  氏　名（名称） | 関係 | 緊急時の連絡順番 | | 照会可能な登録者の指定 | 住所・電話番号 |
| １ |  |  |  | | 照会可能  ・  照会不可 | 〒 |
|  |  |
| 電話番号 |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |
| ２ |  |  |  | | 照会可能  ・  照会不可 | 〒 |
|  |  |
| 電話番号 |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |
| ３ |  |  |  | | 照会可能  ・  照会不可 | 〒 |
|  |  |
| 電話番号 |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |
| ４ |  |  |  | | 照会可能  ・  照会不可 | 〒 |
|  |  |
| 電話番号 |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |
| □　エンディングノート　Ｐ | | | | 【市担当処理欄】　緊急連絡先登録同意書確認・受理済み | | |

３　マイナ保険証の有無

□　登録を希望する　　　□　登録を希望しない

|  |
| --- |
| 該当する□をチェックしてください。  □保有している　　□保有していない |

４ 医療情報

（１）かかりつけ医

□　登録を希望する　　　□　登録を希望しない

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 | 科名 | 電話番号 | 病名 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| □　エンディングノート　Ｐ | |

（２）処方薬

□　登録を希望する　　　□　登録を希望しない

　※おくすり手帳の写し添付でも可

|  |  |
| --- | --- |
| 処方薬 | |
|  | |
| □　エンディングノート　Ｐ |

（３）アレルギー

□　登録を希望する　　　□　登録を希望しない

|  |  |
| --- | --- |
| 該当する□をチェックしてください。  □アレルギーなし　　□アレルギーあり  アレルギーの内容 | |
| □　エンディングノート　Ｐ |

（４）その他既往歴、現病歴や手術歴（ペースメーカーの使用や人工透析なども記載してください）

□　登録を希望する　　　□　登録を希望しない

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 既往歴、現病歴や手術歴 | 治療を受けた医療機関 | | 時期 |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
| □　エンディングノート　Ｐ | |

５ リビングウィルの保管場所、預け先

□　登録を希望する　　　□　登録を希望しない

|  |  |
| --- | --- |
| 保管場所・預け先等 | |
|  | |
| □　エンディングノート　Ｐ |

６ エンディングノートの保管場所、預け先

□　登録を希望する　　　□　登録を希望しない

|  |
| --- |
| 保管場所・預け先等 |
|  |

７ 臓器提供の意思

□　登録を希望する　　　□　登録を希望しない

|  |  |
| --- | --- |
| 臓器提供に関する意思　該当する□をチェックしてください。  □希望しない　　□希望する　→　□健康保険証に記載　　　　□運転免許証に記載  　　　　　　　　　　　　　　　　□マイナンバーカードに記載  □その他記載場所〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 | |
| □　エンディングノート　Ｐ |

８ 献体登録先

□　登録を希望する　　　□　登録を希望しない

|  |  |
| --- | --- |
| 献体の登録をされている方は□にチェックし、登録先と連絡先を記入してください。  □登録していない　　□登録している  →（登録先　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　） | |
| □　エンディングノート　Ｐ |

９　葬儀、遺品整理等の生前契約・依頼先等

□　登録を希望する　　　□　登録を希望しない

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 契約事項等 | 契約（依頼）先氏名（名称） | 契約（依頼）先住所（所在地） | | 電話番号 |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
| □　エンディングノート　Ｐ | | |

10 遺言書の保管場所

□　登録を希望する　　　□　登録を希望しない

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 遺言書の  保管場所 | □公正証書遺言 | 保管場所 | | 作成年月日 |
| □自筆証書遺言 |  | | 年　　月　　日 |
| □　エンディングノート　Ｐ | | |

11 お墓の所在地

□　登録を希望する　　　□　登録を希望しない

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名称 |  | | 墓地内の略図等 |
| 住所  （所在地） |  | |
| 電話 |  | |
| □　エンディングノート　Ｐ | |

12 他の自由登録

□　登録を希望する　　　□　登録を希望しない

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 自由登録① | 回答時期 | □自力で意思の伝達できなくなったとき  □登録対象者の死後 |
| 登録事項 |  |
| 登録内容 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 自由登録② | 回答時期 | □自力で意思の伝達できなくなったとき  □登録対象者の死後 |
| 登録事項 |  |
| 登録内容 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 自由登録③ | 回答時期 | □自力で意思の伝達できなくなったとき  □登録対象者の死後 |
| 登録事項 |  |
| 登録内容 |  |