

記載例

登録番号：

※この欄は職員が記入します

第1号様式（第3条関係）

湯沢町ひとり暮らし等安心登録サービス事業登録申請書

こちらの2つの内容に同意の上、
下記にお進みください

湯沢町長 様

申請書の提出日を記入

令和 ○年 ○月 ○日

以下の内容に同意し、湯沢町ひとり暮らし等安心登録サービス事業への登録を申請します。

- ① 登録対象者が病気や事故等により意思表示ができなくなったとき、又は死亡したときに、事前に町に登録した情報を、医療機関、警察、消防、福祉事務所、湯沢町社会福祉協議会及び照会可能な登録者からの照会に対して町が開示すること及び緊急連絡先に連絡すること。
- ② 町がこの申請の審査や情報の開示等にあたり、登録対象者の住民基本台帳情報を参照すること。

登録対象者（本人）情報を記入

登録対象者（本人）

ふりがな	やくば たろう		
氏名	役場 太郎		
住所	〒949-6102 湯沢町大字神立300番地		
生年月日	昭和 ●年 ●月 ●日	電話番号 (e-mail)	080-●●●●-●●●● (yakuba@docome.com)
【町担当処理欄】 <input type="checkbox"/> 登録対象者（本人）の身分証明書確認済			

登録対象者（本人）と登録申請者が異なる場合は、こちらに登録申請者の情報を記入

登録申請者 ※登録対象者（本人）と登録申請者が異なる場合のみ記入

登録対象者（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。			
<input type="checkbox"/> ①成年後見人（登記事項証明書が必要です。）			
<input checked="" type="checkbox"/> ②親族（成年後見人がいない場合に登録申請できます。） 登録対象者（本人）との関係（ 妻 ）			
ふりがな	やくば はなこ		
氏名	役場 花子		
住所	〒949-6102 湯沢町大字神立300番地		
生年月日	昭和 ●年 ●月 ●日	電話番号 (e-mail)	080-●●●●-●●●● (hanako@docome.com)

登録対象者（本人）が意思表示できなくなったときなどに、下記の情報開示に同意いただける場合は署名ください

【マンション又は賃貸住宅にお住いの申請者様】同意いただける場合は署名をお願いします。

同意事項①に則り、当該情報開示先のほか、お住いのマンションの管理組合又は賃貸住宅の大家様からの照会に対する情報開示について同意します。署名 役場 太郎

【町担当処理欄】

- 登録申請者の身分証明書確認済
- (成年後見人の場合) 登記事項証明書確認済
- 見守りサービス要望の有無 有・無

(受付印)

(受付担当者)

登録情報は12項目あり、ご自由に選択し登録することができます。
 ※ 登録しない情報については、空欄のままで構いません。

<登録情報>

- ★ 次の1から12の項目のうち、湯沢町に登録したい情報について、ご記入ください。
- ★ 一度登録した後でも、登録項目の追加、内容の変更、取りやめはいつでもできます。

1 緊急連絡先（個人・法人とも登録可能）

※緊急連絡先に登録される方ご本人が記入した「緊急連絡先登録同意書（様式第2号）」をご提出ください。

※照会可能な登録者（登録情報の開示先）に指定する方には、下表の「照会可能な登録者の指定」欄に○印を付してください。指定された方からの照会に基づき、登録情報を開示します。

※緊急連絡先を2つ以上登録する場合は、下表の「緊急連絡先の優先順位」欄に優先順位を付してください。

緊急連絡先に登録される方の同意書が必要です。

緊急連絡先の照会があった際、優先順位の順番に連絡します。

	ふりがな 氏名（名称）	住所（所在地）・電話番号	登録対象者 （本人） との関係	照会可能 な登録者 の指定	緊急連絡 先の優先 順位
1	ヤバ 仔吋 役場 一郎	〒949-6101 湯沢町大字湯沢 123 番地 (電話) 090-□□□□-□□□□ (e-mail) itiro@docome.com	長男	○	1
2	トキヨウ ツギコ 東京 次子	〒100-9999 東京都千代田区霞が関10000 (電話) 03-××××-×××× (e-mail)	長女	○	2
3	ヤバ ヲ吋 役場 三郎	〒949-6696 南魚沼市六日町180 (電話) 025-△△△-△△△ (e-mail)	実弟		3
4		〒 - (電話) (e-mail)			
5		〒 - (電話) (e-mail)			

緊急連絡先について留意事項などがある場合はこちらにご記入ください。

2 本籍

本籍	新潟市中央区新光町4番地1	筆頭者	役場 太郎
----	---------------	-----	-------

本籍について留意事項などがある場合はこちらにご記入ください。

3 かかりつけ医やアレルギー等 (登録する 登録しない どちらかに○をつけてください)

医療機関名		科名	電話番号	病名・症状
1	◇◇病院	内科		高血圧・糖尿病
2	△△クリニック	整形外科		脊柱管狭窄症
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 [アトピー性皮膚炎]		処方薬	
かかりつけ医やアレルギー等について留意事項などがある場合はこちらにご記入ください。				

4 介護サービス利用に係るケアマネージャー (登録する 登録しない どちらかに○をつけてください)

担当ケアマネ	所属機関	電話番号
湯沢 町子	ゆのさと <input checked="" type="radio"/> 社協 <input type="radio"/> 包括(町) <input type="radio"/> 健康倶楽部	●●●●-●●●●
介護サービスの利用等について留意事項などがある場合はこちらにご記入ください。		

5 リビングウィル(延命治療意思等)の保管場所 (登録する 登録しない どちらかに○をつけてください)

保管場所	
リビングウィル(延命治療意思等)の保管場所	寝室の棚の上から1段目
リビングウィル(延命治療意思等)の保管場所について留意事項などがある場合はこちらにご記入ください。	

6 エンディングノートの保管場所 (登録する 登録しない どちらかに○をつけてください)

保管場所	
エンディングノートの保管場所	食器棚のいちばん右の引き出し
エンディングノートの保管場所について留意事項などがある場合はこちらにご記入ください。 「私のエンディングプラン」と名前の付いた赤色の冊子です。	

7 生命保険・預貯金等 (登録する 登録しない どちらかに○をつけてください)

	保管場所	保険会社・保険種類・証券番号等
生命保険	寝室の本棚にあるクッキー間の中	① ○○生命保険 終身 123456789
		② □□生命保険 介護保険 55555555
預貯金	保管場所	金融機関・支店・名義人等
	同上	① △△銀行 ▽▽支店 ヤバ ㊤ □□信用金庫 ◇◇支店 ヤバ ㊤
その他		
生命保険・預貯金等について留意事項などがある場合はこちらにご記入ください。		

8 臓器提供の意思 (登録する) 登録しない どちらかに○をつけてください)

該当する□をチェックしてください。

- 希望しない
 希望する → 運転免許証に記載 保険証に記載 マイナンバーカードに記載
 その他記載場所 ()

臓器提供の意思について留意事項などがある場合はこちらにご記入ください。

9 葬儀や遺品整理の生前契約先 (登録する) 登録しない どちらかに○をつけてください)

契約事項等	氏名 (名称)	住所 (所在地)	電話番号
葬儀	〇〇葬祭センター	湯沢町大字湯沢	784-●●●●
遺品整理	(株)◇◇サービス	南魚沼市六日町	773-●●●●

葬儀や遺品整理の生前契約先について留意事項などある場合はこちらにご記入ください。

10 お墓の所在地 (登録する) 登録しない どちらかに○をつけてください)

名称	〇〇寺 電話784-●●●●	(墓地の略図等)
所在地	湯沢町大字土樽〇〇番地	

お墓の所在地について留意事項などがある場合はこちらにご記入ください。

11 遺言書の保管場所 (開示時期は登録対象者の死後)
(登録する) 登録しない どちらかに○をつけてください)

保管場所	寝室の金庫
------	-------

遺言書の保管場所について留意事項などがある場合はこちらにご記入ください。

12 自由登録事項 (登録する) 登録しない どちらかに○をつけてください)

1	開示時期	<input checked="" type="checkbox"/> 意思表示できなくなったとき <input checked="" type="checkbox"/> 登録対象者の死後
	登録内容	遺影の写真は笑っているものを使ってください。
2	開示時期	<input type="checkbox"/> 意思表示できなくなったとき <input type="checkbox"/> 登録対象者の死後
	登録内容	
3	開示時期	<input type="checkbox"/> 意思表示できなくなったとき <input type="checkbox"/> 登録対象者の死後
	登録内容	