

おひとり暮らし等安心登録サービス事業登録票

登録年月日 年 月 日

氏名			生年月日	年 月 日 (歳)	
住所	石狩市		電話	(自宅)	
			番号	(携帯)	
□緊急連絡先	氏名 本人との関係				
	住所				
□指定する者	電話 (自宅)		(携帯)		
	登録指定内容 (指定者のみ) <input type="checkbox"/> 安否確認できない時 <input type="checkbox"/> 救急搬送情報 <input type="checkbox"/> 死亡情報				
□緊急連絡先	氏名 本人との関係				
	住所				
□指定する者	電話 (自宅)		(携帯)		
	登録指定内容 (指定者のみ) <input type="checkbox"/> 安否確認できない時 <input type="checkbox"/> 救急搬送情報 <input type="checkbox"/> 死亡情報				
□緊急連絡先	氏名 本人との関係				
	住所				
□指定する者	電話 (自宅)		(携帯)		
	登録指定内容 (指定者のみ) <input type="checkbox"/> 安否確認できない時 <input type="checkbox"/> 救急搬送情報 <input type="checkbox"/> 死亡情報				
□緊急連絡先	氏名 本人との関係				
	住所				
□指定する者	電話 (自宅)		(携帯)		
	登録指定内容 (指定者のみ) <input type="checkbox"/> 安否確認できない時 <input type="checkbox"/> 救急搬送情報 <input type="checkbox"/> 死亡情報				
医療情報	かかりつけ病院 (主治医) _____				
	主病名 _____		アレルギーの有無 無・有 ()		
	服薬情報 _____				
介護等 サービス 利用情報	介護度 _____				
	担当ケアマネ _____		所属機関 _____		
	連絡先 _____				
	利用サービス (事業所、曜日) _____				
	その他関係機関・担当者 _____				
	連絡先 _____				
家族情報	氏名	関係	電話番号	住所	

確認欄 (この欄は職員が記入します。)

◎安否確認事業の利用

愛の合鍵 緊急通報 訪問サービス 配食サービス 除雪サービス その他 ()

◎「私らしく」配付の希望 (□あり □なし)

◎終活相談の希望 (□あり □なし)

終活情報		
葬儀会社	社名	
	連絡先	
	契約内容	
納骨先	場所	
	連絡先	
納骨依頼先	依頼者	
	連絡先	
家財道具処分 依頼先	社名	
	連絡先	
死後事務 委任契約先	委任者	
	連絡先	
遺言書 について (死後開示のみ)	保管場所	
	情報開示指定者 氏名と連絡先	氏名
		連絡先
エンディングノート	保管場所	

石狩市おひとり暮らし等安心登録サービス事業における同意書

- ・私が病気や事故等により意思表示ができなくなり、警察、消防、医療機関、石狩市、石狩市社会福祉協議会、別紙の私が指定した者から照会があった場合は、登録情報を開示すること
- ・私について、安否確認ができない時、救急搬送された情報、死亡した情報を貴機関が得た時には、緊急連絡先及び指定した者にそのことを連絡すること
- ・私の死亡情報を石狩市から石狩市社会福祉協議会に提供すること
- ・私の緊急連絡先情報を石狩市の安否確認サービス（食の自立支援サービス、緊急通報サービス、訪問サービス、除雪サービス）、石狩市社会福祉協議会の愛の合鍵預かり事業と共有すること

以上について同意します。

年 月 日

氏名 _____ 印 _____ 生年月日 _____

住所 _____

※運転免許証や保険証など本人確認書類を添付

※申請者が登録者の成年後見人の場合は、登記事項証明書の写し及び運転免許証や保険証など本人確認書類を添付の上、
以下に記入、押印ください。

成年後見人氏名 _____ 印 _____ 生年月日 _____

住所 _____ 電話 _____