

課長	係長	担当者

エンディングプラン・サポート事業事前相談カード

高砂市が支援に必要な以下の事項等を確認すること及び関係先へ情報提供することに同意し、相談を申し込みます。

ふりがな		相談年月日	令和 年 月 日
氏名	Ⓜ	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	電話番号	()
住所	高砂市		

◆以下は聞き取りの上記入

1 高砂市に住民登録がある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2 配偶者を含む同居者がいない(ただし、高齢夫婦の2人世帯を除く。)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3 親族がいないか長期間音信不通である。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 要協議
協議結果[]	
4 手持ち金や預貯金がおおむね180万円以下である。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5 月収入額がおおむね18万円以下である。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6 所有する不動産の固定資産評価額がおおむね500万円以内である。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7 認知症の疑いがない。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8 遺骨の引き取り手がいない。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9 墓がない。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 1～8が全て「はい」になる場合 ⇒ 該当者のため、事業の概要を説明し、相談内容を聴取する。 事業了承の場合、必要書類一覧表を交付し、次回の予約をとる。 予約日 令和 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 1～8にひとつでも「いいえ」がある場合 ⇒ 非該当者となるため、情報提供のみ行う。	
<input type="checkbox"/> 4、5、6に「いいえ」がある場合 ⇒ 金銭に余裕がある方には弁護士会や司法書士会を案内する。	

◆相談内容について

<input type="checkbox"/> リビングウィル(延命治療等についての事前の意思表示)について
<input type="checkbox"/> 死亡届出人について
<input type="checkbox"/> 葬儀について
<input type="checkbox"/> 納骨について
<input type="checkbox"/> 家財の処分について
<input type="checkbox"/> その他()

エンディングプラン・サポート事業登録申込必要書類一覧表

収入に関するもの

- 前3箇月分の給料明細書及び源泉徴収票
- 年金や恩給の証書と直近の改定通知書
- ()

資産に関するもの

- 預貯金通帳(来庁の日に必ず残高を記帳してください。)
- 所有する不動産の固定資産税評価証明書
- 生命保険及び損害保険の証書
- 自動車検査証
- ()

身分を証明するもの

- 運転免許証
- マイナンバーカード
- 健康保険証
- 介護保険証
- 戸籍謄抄本
- ()

リビングウィルに関するもの

- 診察券
- お薬手帳

その他

- 借家(借地)の賃貸借契約書(公営住宅の場合は入居許可証)
- 印鑑
- ()

面接日	担当者	次回予約日時
令和 年 月 日		令和 年 月 日 午前・午後 時 分