

様式第1号(第4条関係)

|     |     |     |
|-----|-----|-----|
| 課 長 | 係 長 | 担当者 |
|     |     |     |

## 高砂市エンディングプラン・サポート事業登録申込書

高砂市が支援のために必要な事項を確認することに同意し、登録及び本事業の利用を申し込みます。

|      |                                                       |       |                  |
|------|-------------------------------------------------------|-------|------------------|
| ふりがな |                                                       | 申込年月日 | 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                                                   |       |                  |
| 本籍地  |                                                       |       | 筆頭者              |

### 1 仕事について

- ☐無職  
☐常用勤務  
☐アルバイト・パート  
☐自営( )  
☐その他( )

### 2 収入について(月額)

| 年金 | 給料・賃金 | 手当 | 仕送り | その他 |
|----|-------|----|-----|-----|
| 円  | 円     | 円  | 円   | 円   |
| 合計 |       |    |     | 円   |

### 3 資産について

| 預貯金 | 銀行<br>信用金庫 | 本店<br>支店 | 名義人 |   |
|-----|------------|----------|-----|---|
|     |            |          | 金額  | 円 |
|     | 銀行<br>信用金庫 | 本店<br>支店 | 名義人 |   |
|     |            |          | 金額  | 円 |
|     | 銀行<br>信用金庫 | 本店<br>支店 | 名義人 |   |
|     |            |          | 金額  | 円 |
| 合計  |            |          |     | 円 |

3 資産について(続き)

|                            |    |             |      |
|----------------------------|----|-------------|------|
| 固定資産<br>不動産の表示<br>土地<br>建物 | 住所 | 名義人         |      |
|                            |    | 固定資産<br>評価額 | 円    |
| 不動産の表示<br>土地<br>建物         | 住所 | 名義人         |      |
|                            |    | 固定資産<br>評価額 | 円    |
| 不動産の表示<br>土地<br>建物         | 住所 | 名義人         |      |
|                            |    | 固定資産<br>評価額 | 円    |
|                            |    |             | 合計 円 |

|                                                    |                                               |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 自動車<br>□保有している<br>→売却の場合<br>円                      | 生命保険<br>□加入している<br>→受取人氏名<br>続柄<br>解約返戻金<br>円 |
| □保有していない                                           | □加入していない                                      |
| その他( )の保険<br>□加入している<br>→受取人氏名<br>続柄<br>解約返戻金<br>円 | 備考                                            |

|                                                    |                                               |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 自動車<br>□保有している<br>→売却の場合<br>円                      | 生命保険<br>□加入している<br>→受取人氏名<br>続柄<br>解約返戻金<br>円 |
| □保有していない                                           | □加入していない                                      |
| その他( )の保険<br>□加入している<br>→受取人氏名<br>続柄<br>解約返戻金<br>円 | 備考                                            |

4 借家(借地)の形態と家賃、地代等

|                            |           |      |
|----------------------------|-----------|------|
| □民間アパート    □マンション    □公営住宅 | 家賃:月    円 | 契約者: |
| □一戸建て    □間借り    □親族所有住宅等  | 地代:月    円 | その他: |

5 傷病、かかりつけの医師、かかりつけの薬局等について

|            |         |                   |
|------------|---------|-------------------|
| 傷病名①       |         |                   |
| かかりつけの医療機関 |         | かかりつけの医師          |
| 医療機関の所在地   |         | 電話番号<br>(       ) |
| 通院状況       |         |                   |
| かかりつけの薬局   | 服用している薬 |                   |
| 薬局の所在地     |         | 電話番号<br>(       ) |

|            |         |                   |
|------------|---------|-------------------|
| 傷病名②       |         |                   |
| かかりつけの医療機関 |         | かかりつけの医師          |
| 医療機関の所在地   |         | 電話番号<br>(       ) |
| 通院状況       |         |                   |
| かかりつけの薬局   | 服用している薬 |                   |
| 薬局の所在地     |         | 電話番号<br>(       ) |

|            |         |                   |
|------------|---------|-------------------|
| 傷病名③       |         |                   |
| かかりつけの医療機関 |         | かかりつけの医師          |
| 医療機関の所在地   |         | 電話番号<br>(       ) |
| 通院状況       |         |                   |
| かかりつけの薬局   | 服用している薬 |                   |
| 薬局の所在地     |         | 電話番号<br>(       ) |

6 地域福祉課の実施サービスである緊急通報システムの貸与について

|                                 |                                  |                                |
|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 設置している | <input type="checkbox"/> 設置していない | <input type="checkbox"/> 設置したい |
|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|

7 障がいについて

|                             |                                                  |
|-----------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり ⇒ 身体・知的・精神 (      級) |
|-----------------------------|--------------------------------------------------|

8 介護について

|                                                                                                                       |                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ 要介護 1 2 3 4 5      要支援 1 2      その他(                      ) |                                  |
| 介護事業所等                                                                                                                | 担当ケアマネジャー                        |
| 所在地                                                                                                                   | 電話番号<br>(                      ) |

9 希望葬儀情報(協力葬祭業者と契約時に確認すること。)

|                                                                                                                                                                             |            |                   |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------|--|
| 形式 <input type="checkbox"/> 仏式<br><br><input type="checkbox"/> その他                                                                                                          |            |                   |  |
| 葬祭業者等との相談<br><input type="checkbox"/> 葬祭業者と相談したい<br><input type="checkbox"/> 葬祭業者と生前契約したい      ⇒<br><input type="checkbox"/> 葬祭業者等と生前契約済み<br><input type="checkbox"/> 希望しない | 葬祭業者<br>名称 |                   |  |
|                                                                                                                                                                             | 契約日        | 令和    年    月    日 |  |

10 希望納骨方法(協力葬祭業者と契約後に確認すること。)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 納骨場所を確保済みである<br>⇒管理費用は <input type="checkbox"/> 全て支払済      年間管理費を                      円支払っている<br>⇒ <input type="checkbox"/> 支払えなくなった場合は代わりに                      が支払う予定<br><input type="checkbox"/> 支払えなくなった場合は解約になる<br><input type="checkbox"/> 没後管理費が支払えない場合は、合祀される契約である |     |                          |
| <input type="checkbox"/> 納骨希望場所があるが、確保していない ⇒まず確保を                                                                                                                                                                                                                                                   |     |                          |
| <input type="checkbox"/> 供養つき合祀希望 ⇒ 確保済    ・ 確保予定    ・ 未定                                                                                                                                                                                                                                            |     |                          |
| <input type="checkbox"/> 供養なし合祀希望 ⇒ 確保済    ・ 確保予定    ・ 未定                                                                                                                                                                                                                                            |     |                          |
| 納骨予定場所                                                                                                                                                                                                                                                                                               |     |                          |
| 寺院等の名称                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 所在地 | 電話番号                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     | (                      ) |

11 死亡届出人(予定)について

|                                                                                                                                                |                          |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 家主等 <input type="checkbox"/> 病院長 <input type="checkbox"/> 福祉事務所長 <input type="checkbox"/> その他(                      ) |                          |                          |
| 氏      名                                                                                                                                       | 住                      所 |                          |
| ふりがな                                                                                                                                           |                          |                          |
|                                                                                                                                                | 電話番号                     | (                      ) |

## 12 親族について

[illegible]

|                          |                   |     |         |
|--------------------------|-------------------|-----|---------|
| ふりがな                     |                   | 住 所 | □申込者と同じ |
| 氏 名                      |                   |     |         |
| □配偶者<br>□兄弟・姉妹・子<br>□その他 |                   |     |         |
| 生年月日                     | 明・大・昭 年 月 日 ( ) 歳 |     |         |
|                          | 電話番号              | ( ) |         |

### 13 知人について

|        |                                                                                                                              |      |     |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----|
| 氏 名    |                                                                                                                              | 住 所  |     |
| ふりがな   |                                                                                                                              |      |     |
| ①      |                                                                                                                              | 電話番号 | ( ) |
|        |                                                                                                                              |      |     |
| 依頼可能項目 | <input type="checkbox"/> 緊急連絡先 <input type="checkbox"/> 葬儀立会い <input type="checkbox"/> 納骨立会い <input type="checkbox"/> その他( ) |      |     |

|        |                                                                                                                              |      |     |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----|
| 氏 名    |                                                                                                                              | 住 所  |     |
| ふりがな   |                                                                                                                              |      |     |
| ②      |                                                                                                                              | 電話番号 | ( ) |
|        |                                                                                                                              |      |     |
| 依頼可能項目 | <input type="checkbox"/> 緊急連絡先 <input type="checkbox"/> 葬儀立会い <input type="checkbox"/> 納骨立会い <input type="checkbox"/> その他( ) |      |     |

#### 14 リビングウィル(延命治療の意思)について

- |     |    |   |   |     |
|-----|----|---|---|-----|
| ①新規 | 令和 | 年 | 月 | 日提出 |
| ②変更 | 令和 | 年 | 月 | 日提出 |
| ③変更 | 令和 | 年 | 月 | 日提出 |
| ④変更 | 令和 | 年 | 月 | 日提出 |
| ⑤変更 | 令和 | 年 | 月 | 日提出 |

## 同意書

高砂市長 様

私は、高砂市エンディングプラン・サポート事業による私への支援計画の内容に同意し、高砂市が（葬儀・納骨・死亡届出人・リビングウィル）について必要に応じ、知人、協力事業者その他関係機関と相互に連絡をとり、連携して支援することに同意します。

また、高砂市が相談支援のために必要な調査を行うことに同意します。

自然災害等のやむを得ない事由により、支援計画書に記載された事項の執行がなされない場合があることに同意します。

年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 歳 \_\_\_\_\_