

町チェック欄	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし	<input type="checkbox"/> 高齢者世帯
	<input type="checkbox"/> 新規登録	<input type="checkbox"/> 登録済み
区	担当民生委員 (No.)	

高齢者名簿等登録希望申請書

令和 年 月 日

長泉町長 様

申請者 住所

氏名

対象者との続柄

電話番号

ひとり暮らし高齢者名簿又は高齢者世帯名簿(世帯全てが75歳以上)への登録を希望したい
ので申請します。

対象者	1	フリガナ 氏 名		性 別 ※戸籍の性別を お書きください	
		生年月日	年 月 日 (歳)	特記事項 (要介護認定等)	
	2	フリガナ 氏 名		性 別 ※戸籍の性別を お書きください	
		生年月日	年 月 日 (歳)	特記事項 (要介護認定等)	
	住 所	長泉町	電話番号		
(<input type="checkbox"/> 医療情報キット及び安心カードの配布 <input type="checkbox"/> 安心カードの配布) を希望します。 ※医療情報キットの配布はひとり暮らし高齢者のみになります。					
<input type="checkbox"/> エンディングノートの保管場所を町へ情報登録します。 ※対象者ご本人による申請時のみ登録できます。保管場所について、裏面に詳細をご記入ください。					

緊急時の連絡先	1	フリガナ 氏 名		続柄	
		住 所		電話番号	
		アドレス			
	2	フリガナ 氏 名		続柄	
		住 所		電話番号	
アドレス					

同意欄

私は、私及び家族に関する情報が記載された高齢者名簿等を地区担当の民生委員に提供することに同意します。また、名簿に記載された情報を、安否確認に必要な場合に限り、地域包括支援センター、警察等に提供することに同意します。(エンディングノートの保管場所情報は除く)

対象者 氏名

上記代理人 氏名

(対象者との続柄)

エンディングノートの保管場所について
※町への情報登録を希望される方のみご記入ください。

エンディングノートの 保管場所、預け先	
照会可能な親族等	<input type="checkbox"/> 緊急時の連絡先 1 に記載した者 <input type="checkbox"/> 緊急時の連絡先 2 に記載した者 <input type="checkbox"/> その他 氏名 _____ 続柄 _____ 住所 _____ 連絡先 _____
<p style="text-align: center;">同意欄</p> <p>私は、私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、事前に町に登録した上記情報を、照会可能な親族等からの照会に対して町が開示することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">対象者（本人） 氏名</p>	