

第1号様式（第3条関係）

登録番号【 】

藤沢市情報登録事業申請書

年 月 日

藤沢市長

私は、以下の内容に同意し、藤沢市情報登録事業への登録を申請します。

- ① 病気や事故等で意思表示ができなくなったとき、又は死亡したときに、登録した情報を医療機関、警察、消防、福祉事務所等の照会可能者として登録した者からの照会に対して、藤沢市が開示すること。
- ② 藤沢市が住民記録情報に基づき、異動情報を参照すること。
- ③ 藤沢市が住民記録情報に基づき、システム上で個人に割り振られた宛名番号を収集し、本事業に紐づけること。
- ④ 本事業への登録後、藤沢市が実施する登録内容変更有無等の確認連絡において、登録対象者と連絡がつかない等の場合に、藤沢市が必要に応じて関係機関への通報等を行うこと。

登録対象者（本人情報）

住 所	〒
ふりがな 氏 名	
電話番号	
携帯番号	
生年月日	

【登録情報】

次の項目のうち、藤沢市に登録したい情報について、ご記入ください。

1 緊急連絡先（個人・法人とも登録可）

- 【開示指定先】 警察 消防 医療機関 福祉事務所等
下表で「照会可能な方」に指定した者
墓地、埋葬等に関する法律第9条の事務担当課

ふりがな/氏名	関係	照会 可能な方
住 所	電話番号/携帯番号	
ふりがな/氏名	関係	照会 可能な方
住 所	電話番号/携帯番号	

※上記のうち、照会に対して登録情報を開示してもよいと指定する人には「照会可能な方」に○をつけてください。

【担当者使用欄】

- 緊急連絡先登録同意書取得確認済

2 本 籍

- 【開示指定先】 警察 消防 医療機関 福祉事務所等
1 の下表で「照会可能な方」に指定した者
墓地、埋葬等に関する法律第9条の事務担当課

本籍地	筆頭者
-----	-----

3 かかりつけ医、アレルギー等

- 【開示指定先】 警察 消防 医療機関 福祉事務所等
1 の下表で「照会可能な方」に指定した者

医療機関名	科名
病名・症状	処方薬
アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
備考	

医療機関名	科名
病名・症状	処方薬
アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
備考	

4 エンディングノート有無、保管場所

- 【開示指定先】 警察 消防 医療機関 福祉事務所等
1の下表で「照会可能な方」に指定した者

エンディングノート <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
保管場所

5 葬儀や遺品整理等の生前契約先

- 【開示指定先】 警察 消防 医療機関 福祉事務所等
1の下表で「照会可能な方」に指定した者
墓地、埋葬等に関する法律第9条の事務担当課

法人（個人）名等	電話番号
住所	
〒	
契約事項等	
法人（個人）名等	電話番号
住所	
〒	

契約事項等	
法人（個人）名等	電話番号
住所	
〒	
契約事項等	

6 お墓の場所

- 【開示指定先】 警察 消防 医療機関 福祉事務所等
1の下表で「照会可能な方」に指定した者
墓地、埋葬等に関する法律第9条の事務担当課

<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 場所 <p style="text-align: center;">電話番号</p>

7 遺言書の保管場所 ※登録者本人による申請の場合のみ登録可

【開示指定先】 下表で指定した者

開示指定 対象者	ふりがな 氏名	本人との 関係	住所/電話番号
1			
2			
3			

遺言書の 保管場所	<input type="checkbox"/> 公正証書遺言 <input type="checkbox"/> 自筆証書遺言	保管場所	作成年月日

8 死亡時の登録情報通知先

【開示指定先】 下表で指定した者

開示指定 対象者	ふりがな 氏名	本人との 関係	住所/電話番号
1			
2			
3			

市処理欄	<input type="checkbox"/> 決定通知書発行 <input type="checkbox"/> 登録証発行 (No.)
------	--

本人確認書類写し