

生前契約の履行に必要な事項申出書(危急時対応用)

I. 死後事務 記入日(西暦) 年 月 日

(ふりがな) 氏名		男・女 実印	登録番号(事務局記入欄)	本人の写真 (上半身、最近 3ヶ月以内に 撮影したもの) 横4cm×縦5cm				
生年月日	明・大・昭・平	年	月				日	職業
住所	〒 (アパート、マンション、公団、ケアハウス等の名称も書いてください)							
本籍地							筆頭者	
本人の 連絡先	電話			F A X				
	携帯電話			e-mail				
住宅の 種類	<input type="checkbox"/> 一戸建て(<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 賃貸) / <input type="checkbox"/> 集合住宅(<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 賃貸 <input type="checkbox"/> 公団・公社 <input type="checkbox"/> ホーム)							
大家さん等 の連絡先	氏名			管理会社等				
	所在地	〒						
	電話			F A X				
ほ以外に 緊急時 連絡先	(ふりがな) 氏名	関係		連絡先				
	(ふりがな) 氏名	関係		連絡先				
配偶者	<input type="checkbox"/> 有 (生年月日:明・大・昭・平 年 月 日) <input type="checkbox"/> 無 (<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離婚)							

遺体安置場所 (死後24時間)	<input type="checkbox"/> 指定なし(みんなのわに一任) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他						
遺体の処理方法	<input type="checkbox"/> 火葬 <input type="checkbox"/> 土葬 <input type="checkbox"/> その他						
納骨場所 (希望通りの処理が できない場合、みんなの わに一任)	<input type="checkbox"/> 有	名称			連絡先		
		所在地					
	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> これから探す <input type="checkbox"/> みんなのわに一任 <input type="checkbox"/> 収骨しない(別途契約要)					
		<input type="checkbox"/> みんなのわに依頼(別途契約要)					
<input type="checkbox"/> 散骨	<input type="checkbox"/> 他に 依頼	名称			電話		
		所在地					
献体の登録	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(登録先:)						
臓器提供	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(ドナーカードを持っている)						
	アイバンク登録(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 腎バンク登録(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) その他						

II. 生前事務(生活支援、療養看護、財産管理、後見)

日常生活支援 について	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要	<input type="checkbox"/> 危急時対応のみでよい <input type="checkbox"/> その他の支援も必要 ※			
保証業務 について	<input type="checkbox"/> 不要 (みんなのわ以外に保証人となる人がいる)				
	氏名			関係	
	住所			電話	
	<input type="checkbox"/> 必要※	<input type="checkbox"/> すぐにでも保証が必要 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 入居 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 緊急ではないが、みんなのわに保証をしてほしい			
介護保険	要介護認定	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている→ <input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5)			
	医療上の判断	終末期医療	<input type="checkbox"/> 積極的医療希望 <input type="checkbox"/> 消極的・緩和ケア医療希望		
		心肺蘇生	<input type="checkbox"/> してほしい <input type="checkbox"/> 不要		
		気管切開	<input type="checkbox"/> してほしい <input type="checkbox"/> 不要		
		栄養補給	<input type="checkbox"/> 積極的な補給を希望 <input type="checkbox"/> 生命維持に必要な水分補給等を希望		
		病理解剖の要請	<input type="checkbox"/> 受け入れる <input type="checkbox"/> 拒否		
	告知	病名(<input type="checkbox"/> 告知を受けたい <input type="checkbox"/> 告知を受けたくない) 余命(<input type="checkbox"/> 告知してほしい <input type="checkbox"/> 告知してほしくない)			
後見等の状況に なったときの対応	<input type="checkbox"/> 必要 (みんなのわに後見人となってほしい) ※				
	<input type="checkbox"/> 不要 (みんなのわ以外に後見人となる人がいる)				
	氏名			関係	
	住所			電話	
法定相続人	親(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 子(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 兄弟姉妹(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 甥姪(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 祖父母(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 孫(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 曾孫(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)				
同居人	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	有の場合記入 氏名 関係 他()名			

※保証、後見などを希望の場合、別途生前事務委任契約および任意後見契約の締結が必要

III. 本人以外で費用の支払いをする者がいる場合の支払者 なし あり

氏名				電話等連絡先		
住所				関係		

IV. その他