

|       |        |
|-------|--------|
| 登録番号： | （市記入欄） |
|-------|--------|

仙台市終活情報登録申請書

年 月 日

仙台市長 様

以下の内容に同意し、仙台市終活情報登録制度への登録を申請します。

- ☐ 対象者（本人）が病気や事故等により意思表示ができなくなったとき又は死亡したとき、関係機関又は照会可能な者からの照会に対し、本申請により登録した情報を市が開示すること。
- ☐ 対象者（本人）又は申請者は、連絡先として登録する者に対し、本制度の内容を説明するとともに、「連絡先として登録すること」及び「関係機関又は照会可能な者から連絡を受けることがあること」について、あらかじめ同意を得ること。
- ☐ 連絡先として登録した者の同意を得ていないことが判明した場合など、本申請について不正な行為又は虚偽の記載等があったことが認められた場合は、市が登録を廃止すること。
- ☐ 対象者（本人）又は申請者は、照会可能な者に対し、本制度への登録の事実及び情報開示の請求方法をあらかじめ伝えておくこと。
- ☐ 登録した情報の開示によって発生したトラブル等について、市は一切の責任を負わないこと。
- ☐ 市が住民基本台帳情報に基づき、異動情報を参照すること。

1 対象者（本人） ※原則、市内に居住する 65 歳以上の単身世帯の方

|        |                                    |      |       |   |   |   |  |  |  |  |  |
|--------|------------------------------------|------|-------|---|---|---|--|--|--|--|--|
| ふりがな   |                                    | 生年月日 | S・H・R | 年 | 月 | 日 |  |  |  |  |  |
| 氏名     |                                    |      |       |   |   |   |  |  |  |  |  |
| 住所     | 〒<br>仙台市                           |      |       |   |   |   |  |  |  |  |  |
| 電話番号   | 固定：（ ） - 携帯：（ ） -                  |      |       |   |   |   |  |  |  |  |  |
| 市担当使用欄 | <input type="checkbox"/> 本人確認書類確認済 |      |       |   |   |   |  |  |  |  |  |

申請者 ※対象者(本人)と申請者が異なる場合のみご記入ください。

|                                                                                                |                                                                                       |      |       |   |   |   |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|---|---|---|--|--|--|--|--|
| 対象者(本人)が疾病・障害等により明らかに申請が困難である場合に限り、以下のいずれかの方が代理で申請を行うことができます。なお、「遺言書の保管場所」を登録できるのは対象者（本人）のみです。 |                                                                                       |      |       |   |   |   |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 成年後見人                                                                 |                                                                                       |      |       |   |   |   |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 親族(成年後見人がいない場合に申請可能)：対象者(本人)との関係（ ）                                   |                                                                                       |      |       |   |   |   |  |  |  |  |  |
| ふりがな                                                                                           |                                                                                       | 生年月日 | S・H・R | 年 | 月 | 日 |  |  |  |  |  |
| 氏名                                                                                             |                                                                                       |      |       |   |   |   |  |  |  |  |  |
| 住所                                                                                             | 〒                                                                                     |      |       |   |   |   |  |  |  |  |  |
| 電話番号                                                                                           | 固定：（ ） - 携帯：（ ） -                                                                     |      |       |   |   |   |  |  |  |  |  |
| 市担当使用欄                                                                                         | <input type="checkbox"/> 申請者の本人確認書類等確認済 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書確認済(成年後見人の場合) |      |       |   |   |   |  |  |  |  |  |

| 市担当使用欄 | 受理日 | 登録の可否                                                 | 登録証の交付日     | 備考 |
|--------|-----|-------------------------------------------------------|-------------|----|
|        |     | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 | 年    月    日 |    |