

臼杵市長 様

臼杵市「安心生活お守りキット」事業における
個人情報の取り扱いに係る同意について

私は臼杵市「安心生活お守りキット」事業への登録にあたり、以下のことに同意します。

○届け出た「安心生活お守りキット」申込書の個人情報は、急病等の緊急時または災害時及び地域における見守り活動において、必要の範囲内で、市、消防署、社会福祉協議会、居住区の区長及び民生委委員に限っては開示及び共有されること。

○届け出た「安心生活お守りキット」申込書の個人情報を、急病等の緊急時・災害時で必要が生じた場合は、近所の人や関係医療機関等が活用すること。

令和 年 月 日

住所 臼杵市

氏名 (署名)

(注 意 事 項)

- 個人情報保護の遵守について
市、消防署、社会福祉協議会、区長及び民生委員は、「お守りキット記載事項に関する個人情報取扱規定」を遵守し登録申込書の個人情報を保護いたします。
- 署名について
登録申込書の個人情報の保護を徹底するため、同意書の署名については、原則ご本人が行うものとします。ただし、以下の場合は法定代理人又は2親等以内の親族等による代理署名を認めます。
 1. 本人が同意の意思表示ができるが、自分で署名できない場合は、2親等以内の親族が署名してください。
 2. 本人が同意の意思表示をできず、法定代理人がいる場合は、法定代理人が署名してください。
 3. 本人が同意の意思表示をできず、法定代理人もいない場合は2親等以内の親族が署名してください。

申込書の内容は、書ける範囲で記入してください。(わからないところは、空欄で構いません)

あなた自身について

ふりがな		生年月日	年	月	日
氏名		血液型			型
住所	臼杵市		行政区	()	
電話番号	(固定)	-	(携帯)	-	-

ひまわりサービス (お元気ですかはがき送付時の声掛け) を希望しますか?

1. 希望する 2. 希望しない

終活情報 (本籍、筆頭者、遺言書の保管場所などのうち、希望する事項) の登録を希望しますか?

1. 希望する 2. 希望しない

あなたが加入している医療保険制度に○を記入してください。

- 1 国保 2 後期高齢者医療 3 その他 ()

ふだん寝ている場所 (例1: 2階階段を上って、右の部屋 例2: 居間の隣の部屋)

- いざという時の緊急連絡先を2名まで記入してください。
(親族以外の方を記入する場合には、その方に一言お伝えください。)

緊急連絡先 (親族・知人など)

連絡先①		続柄	連絡先②		続柄
フリガナ 氏名			フリガナ 氏名		
住所	〒		住所	〒	
電話番号	(固定)	-	-	(固定)	-
	(携帯)	-	-	(携帯)	-

- かかりつけの医療機関を2カ所まで記入してください。

※3カ所以上ある場合は、重篤な症状になる可能性のある病気がかかっている医療機関を優先して記入してください

かかりつけ医療機関①

病院名			
診療科目			科
担当医			先生
主な病名			

かかりつけ医療機関②

病院名			
診療科目			科
担当医			先生
主な病名			

- 要介護認定を受けている人は、介護サービスを受けている指定居宅介護支援事業所（ケアプランを作成する事業所）の名前を記入してください。

事業所名	(担当ケアマネ)
------	----------