

令和7年10月1日

（宛先）港区長

港区エンディングプラン登録事業実施要綱第4条の規定により、以下の内容に同意し、港区エンディングプラン登録事業への登録を申請します。

（1）登録者が病気・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に、警察、消防及び医療機関（以下「関係機関」といいます。）、照会可能として登録された者（以下「照会可能な者」といいます。）及び遺言書保管場所の指定照会対象者から、区へ登録票の開示請求があった場合、開示します。

（2）登録票の開示は、本事業の委託先が行います。

（3）登録票の開示によって発生したトラブル等について、区は一切の責任を負いません。

申請者 (本人又は後見人)	フリガナ	ミナト タロウ
	氏 名	港 太郎
	生年月日	昭和30年 1月 1日
	住 所	〒105-8511 港区芝公園1丁目5番25号
	電話番号	(自宅) 03-0000-0000 (携帯) 080-0000-0000
【担当者使用欄】 <input type="checkbox"/> 申請者（成年後見人）の身分証明書確認済 <input type="checkbox"/> 成年後見人の登記事項証明書確認済		

登録対象者 (本人情報)	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ（以下、記入不要） <input type="checkbox"/> 申請者と異なる（以下、登録対象者情報を記入）	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	〒
	電話番号	(自宅) (携帯)

※ 登録対象者が成年後見開始の審判を受けている場合に限り、成年後見人も申請できます。
その場合、登記の事実が分かる書類を提示ください。

【登録情報】

- 1 緊急連絡先（個人・法人とも登録可）
下記開示先から区へ登録票の開示請求があったときは、開示先が番号順に連絡します。
- 【開示先】 ☒ 関係機関
- ※ 緊急連絡先を登録する場合、原則「港区エンディングプラン登録事業緊急連絡先・ペットの預け先登録同意書（第2号様式）」を提出してください。
- ※ 任意後見契約をされている方は、必ず任意後見受任者を緊急連絡先に指定してください。

	氏名（名称）	関係	住所・電話番号	照会可能な者	登録同意書
1	フリガナ ミナト ハナコ	妻	住所 港区芝公園1丁目5番25号	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	電話 (自宅)03-0000-0000				
2	フリガナ ミナト カズオ	長男	住所 〇〇〇県 〇〇市〇丁目〇番〇号-101 号室	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	電話 (携帯)080-0000-0000				
3	フリガナ ミナト ヨシコ	実妹	住所 〇〇〇県〇〇市 〇〇区〇丁目〇番〇〇号	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	電話 (携帯)080-0000-0000				
4	フリガナ アカサカ ジロウ	友人	住所 麻布〇丁目〇番〇号 港区青山〇番〇号	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	電話 (自宅)03-0 -0000				
5	フリガナ		住所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	電話				

訂正する場合、二重線と押印をお願いします

2 本籍・筆頭者

【開示先】 ☒ 関係機関
☒ 1 緊急連絡先で「照会可能な者」として指定した人

本籍	筆頭者
港区芝公園一丁目5番	港 太郎

3 かかりつけ医療機関

【開示先】 ☐ 関係機関
☒ 1 緊急連絡先で「照会可能な者」に指定した人 (☒ 1 ☒ 2 ☒ 3 ☐ 4 ☐ 5)

	1	2	3
医療機関名	港総合病院	Minato クリニック	眼科みなど
住所	港区麻布十番〇丁目〇番〇号	港区赤坂〇丁目〇番〇号	港区虎ノ門〇丁目〇番〇号
電話番号	03-0000-0000	03-0000-0000	03-0000-0000
診療科名	内科	呼吸器内科	眼科
病名・症状	高血圧・血圧が高い	喘息・息苦しい	白内障・目が見えにくい
処方薬	〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇
アレルギー	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし

4 リビングウィルの保管場所

【開示先】 ☐ 関係機関
☒ 1 緊急連絡先で「照会可能な者」に指定した人 (☒ 1 ☒ 2 ☒ 3 ☐ 4 ☐ 5)

保管場所	仏壇の引き出し
------	---------

5 エンディングノートの保管場所

【開示先】 ☒ 1 緊急連絡先で「照会可能な者」に指定した人 (☒ 1 ☒ 2 ☒ 3 ☐ 4 ☐ 5)

保管場所	書斎の本棚(上から2段目の引き出しの中)
------	----------------------

6 献体登録先

【開示先】 ☒ 関係機関
☒ 緊急連絡先で「照会可能な者」に指定した人 (☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5)

登録先	住所	電話番号
港総合病院	港区麻布十番〇丁目〇番〇号	03-0000-0000

7 ペットの預け先

【開示先】 ☒ 関係機関
☒ 1 緊急連絡先で「照会可能な者」に指定した人 (☒ 1 ☒ 2 ☒ 3 ☐ 4 ☐ 5)

ペットの名前 種類(犬・猫・その他)	預け先		かかりつけ医療機関 住所・電話番号	了承を得 ている
	名前	住所・電話番号		
名前 ポコ	フリガナ ミナト ヨシコ	住所 〇〇〇県〇〇市 〇〇区〇丁目〇番〇〇号	医療機関名 ミナト動物病院 住所 港区芝公園〇丁目〇番〇号	<input checked="" type="checkbox"/>
種類 犬	港 美子	電話 (携帯)080-0000-0000	電話 080-0000-0000	
名前 レオ	フリガナ トウキョウ ハジメ	住所 港区高輪〇丁目〇番〇号	医療機関名 ミナト動物病院 住所 港区芝公園〇丁目〇番〇号	<input checked="" type="checkbox"/>
種類 猫	東京 一	電話 (携帯)080-0000-0000	電話 080-0000-0000	

8 死後事務委任契約や終活に係る生前契約等

【開示先】 ☒ 関係機関
☒ 1 緊急連絡先で「照会可能な者」に指定した人 (☒ 1 ☒ 2 ☒ 3 ☐ 4 ☐ 5)

契約事項等	契約相手の名称	住所	電話番号
葬儀の契約	〇〇葬儀社	港区高輪〇丁目〇番〇号	03-0000-0000
遺品整理	〇〇〇〇株式会社	港区芝浦〇丁目〇番〇号	03-0000-0000

9 遺言書の保管場所及び指定照会対象者

【開示先】 ☐ 関係機関
☒ 1 緊急連絡先で「照会可能な者」に指定した人 (☒ 1 ☒ 2 ☒ 3 ☐ 4 ☐ 5)

種類	保管場所	作成年月日
<input checked="" type="checkbox"/> 自筆証書遺言 <input type="checkbox"/> 公正証書遺言	公正証書の写しは、書斎にあるデスク(右の一番下の引き出しの中)	令和7年8月1日

指定照会 対象者		氏名	本人との 関係	住所・電話番号
	1	フリガナ ニッポン タロウ	友人	住所 港区南青山〇丁目〇番〇号—101号室
		日本 太郎		電話 03-0000-0000
	2	フリガナ		住所
				電話

※指定照会対象者の情報は開示しません。