

NPOりすシステム「生前契約」個人カード

記載日(西暦)		年	月	日	登録番号(事務局記入)	-	-	
ふりがな					性別			
氏名					男・女	写真 (上半身、最近3ヶ月以内に撮影したもの) 横4cm×縦5cm		
住所	〒							
	(アパート、マンション、公団、施設等の名称)							
本籍地					筆頭者			
生年月日	大・昭・平・西暦		年	月	日	職業		
本人の連絡先	電 話			FAX				
	携帯電話			携帯メール				
	PCメール							
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)							
配偶者	<input type="checkbox"/> 有(生年月日:大・昭・平・西暦 年 月 日) <input type="checkbox"/> 無(<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離別)							
親族関係	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)							
管理人・管理会社・大家さん等の連絡先	氏 名				管理会社等			
	所在地	〒						
	電 話			FAX				

NPOりすシステム「生前契約」個人カード	登録番号(事務局記入)	-	-
----------------------	-------------	---	---

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)				
介護保険	担当ヘルパー	氏名		連絡先	
	ケアマネージャー	氏名		連絡先	
	事業所等	名称		所在地	
遺体安置場所 (死後24時間)	<input type="checkbox"/> りすシステム一任 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 献体あり				
	献体される方はご記入ください	大学名等		連絡先	
		登録番号等			
納骨場所 (希望通りとならない場合、りすシステムに一任)	<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"/> りすシステムに一任 <input type="checkbox"/> 収骨しない(別途契約要)			
	<input type="checkbox"/> 撒骨	<input type="checkbox"/> りすシステムに依頼(別途契約要)			
		<input type="checkbox"/> 他に依頼	名称		電話
		所在地			
納骨時期	<input type="checkbox"/> 火葬後なるべく早く <input type="checkbox"/> 四十九日頃 <input type="checkbox"/> その他()				

連絡者名簿

氏名	関係	住所	電話・携帯等
連絡時期	<input type="checkbox"/> 緊急時 <input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 死亡時 <input type="checkbox"/> 死後()後 <input type="checkbox"/> 納骨終了後 <input type="checkbox"/> 全ての手続完了後		
氏名	関係	住所	電話・携帯等
連絡時期	<input type="checkbox"/> 緊急時 <input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 死亡時 <input type="checkbox"/> 死後()後 <input type="checkbox"/> 納骨終了後 <input type="checkbox"/> 全ての手続完了後		