

災害時要援護者
(平常時見守り)

登録申請書兼登録台帳

小竹町長 殿

私は、災害時要援護者支援制度の趣旨に賛同し、同制度の登録を希望します。また、この台帳に記載された個人情報を町の関係課、消防本部、警察署、社会福祉協議会のほか、自主防災組織、自治会、消防団、避難支援者及び民生児童委員と共有することを承諾します。

平成 年 月 日

本人氏名

代理人氏名 (関係)

代理人住所 ()

1	ふりがな			性別	生	明治	年 月 日	
	氏名			男・女	年	大正	年齢	歳
					月	昭和		
	住所	〒 <input type="text"/> (<input type="text"/> 区 <input type="text"/> 組)						
	連絡先	自宅電話	<input type="text"/>		FAX	<input type="text"/>		
		携帯電話	<input type="text"/>		メール	<input type="text"/>		
世帯状況	同居家族の有無 <input type="checkbox"/> あり・なし <input type="checkbox"/>				人世帯			
	氏名1	<input type="text"/>	続柄	<input type="text"/>	氏名3	<input type="text"/>	続柄	<input type="text"/>
	氏名2	<input type="text"/>	続柄	<input type="text"/>	氏名4	<input type="text"/>	続柄	<input type="text"/>

ア あなたの身体や医療等の状況について、記入してください。

2	対象者種別	<input type="checkbox"/> 75歳以上の単身高齢者 <input type="checkbox"/> 75歳以上の高齢者のみで構成される世帯 <input type="checkbox"/> 75歳以上の高齢者と74歳以下の方がいる世帯						
		<input type="checkbox"/> 要介護認定等 【要支援(<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2) 要介護(<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5)】						
		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 【 1 2 3 4 5 6 級 】 <input type="checkbox"/> 視覚障害あり <input type="checkbox"/> 聴覚障害あり						
		<input type="checkbox"/> 療育手帳 【 A1 A2 A3 B1 B2 】 ※旧データ 【 A B 】						
3	身体状況	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 【 1 2 3 級 】						
		<input type="checkbox"/> 自分で歩行ができる <input type="checkbox"/> 自分で歩行ができない						
		<input type="checkbox"/> 歩行や移動で福祉用具を使用する 【 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 押し車 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> その他 (<input type="text"/>) 】 その他の身体状況 (<input type="text"/>)						
4	医療状況	かかりつけ医1	<input type="text"/>	住所	<input type="text"/>	TEL	<input type="text"/>	
		かかりつけ医2	<input type="text"/>	住所	<input type="text"/>	TEL	<input type="text"/>	
		かかりつけ医3	<input type="text"/>	住所	<input type="text"/>	TEL	<input type="text"/>	
		<input type="checkbox"/> 服薬あり <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 骨そしょう症 <input type="checkbox"/> その他服薬 (<input type="text"/>)						
		<input type="checkbox"/> 日常必要な医療(器具)がある <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう) <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> その他必要な医療器具 (<input type="text"/>)						
		<input type="checkbox"/> 現在、入院や施設入所をしている 【施設名: <input type="text"/> 】						

イ					
建物構造	木造	鉄骨	建て	大正 昭和 平成	建築
5 普段いる部屋					
寝室の位置					

ウ 緊急時の連絡先を記入してください。

6	氏名		続柄	住所	
			TEL		
			携帯		
	氏名		続柄	住所	
			TEL		
			携帯		
氏名		続柄	住所		
		TEL			
		携帯			

エ 日常利用しているサービス等について、わかる範囲で記入してください。

7	在宅福祉サービス等	緊急通報システムの有無	あり・なし			
		介護保険サービスの有無	あり・なし			
		<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所（事業所名	TEL			）
		<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ	
		<input type="checkbox"/> ショートステイ	<input type="checkbox"/> その他（			）
		障害者自立支援法サービスの有無	あり・なし			（
		その他の福祉サービスの有無	あり・なし			（
成年後見人の有無	あり・なし			*家庭裁判所で手続きしているもの		

オ 災害時の支援等について記入してください。

災害時の支援者は、地域の自主防災組織や近隣の方等できるだけ記入してください。

8	災害時の支援者	氏名		関係	住所	
				TEL		
				携帯		
		氏名		関係	住所	
				TEL		
				携帯		
		氏名		関係	住所	
				TEL		
				携帯		

避難先での留意事項	*避難の際や避難所で不安なことなどを記入してください。
-----------	-----------------------------