

災害時要援護者
(平常時見守り)

登録申請書兼登録台帳

見本

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 小竹 太郎 (印)

代理人氏名 (印) (関係)

代理人住所 (0)

ふりがな	こたけ たろう		性別	生	明治	10 年 11 月 9 日	
氏名	小竹 太郎		男 女	年	大正	年齢	77 歳
				月	昭和		
				日	平成		
住所	〒 820-1103 小竹町大字勝野3372番地の8 (小竹 区 1 組)						
連絡先	自宅電話	09496-2-****		FAX	09496-2-****		
	携帯電話	090-1434-****		メール			
世帯状況	同居家族の有無		あり なし	2 人世帯			
	氏名1	小竹 マチ子	続柄	妻	氏名3	続柄	
	氏名2		続柄		氏名4	続柄	

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。

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 checked="" type="checkbox"/> 75歳以上の高齢者と74歳以下の方がいる世帯			
	<input checked="" type="checkbox"/> 要介護認定等	【要支援(1 2) 要介護(1 2 3 4 5)】				
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	【 1 2 3 4 5 6 級 】				
身体状況	<input type="checkbox"/> 療育手帳	【 A1 A2 A3 B1 B2 】 ※旧データ【 A B 】				
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	【 1 2 3 級 】				
	<input checked="" type="checkbox"/> 自分で歩行ができる	<input type="checkbox"/> 自分で歩行ができない				
医療状況	<input checked="" type="checkbox"/> 歩行や移動で福祉用具を使用する	【 <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 押し車 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車イス <input checked="" type="checkbox"/> その他 (難聴あり) 】				
	その他の身体状況 ()					
	かかりつけ医1	小竹町立病院	住所	小竹町勝野1191	TEL	09496-2-0282
	かかりつけ医2		住所		TEL	
	かかりつけ医3		住所		TEL	
医療状況	<input checked="" type="checkbox"/> 服薬あり	<input checked="" type="checkbox"/> 高血圧	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> その他必要な医療器具 (インスリン注射器)					
	<input type="checkbox"/> 現在、入院や施設入所をしている 【施設名: 】					

イ						
建物構造	木造	鉄骨	建て	大正 昭和 平成	50年	建築
5 普段いる部屋	玄関入って左の居間					
寝室の位置	玄関入って右奥					

ウ 緊急時の連絡先を記入してください。

6 氏名	小竹 花子	続柄	住所	小竹町大字勝野****
		長女	TEL	09496-2-****
氏名	小竹 一郎		続柄	住所
		長男	TEL	949-24-****
氏名	小竹 次郎		続柄	住所
		次男	TEL	092-123-****
				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 checked="" type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 (事業所名 ***サービス TEL 09496-2-****)		
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input checked="" 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 (緊急通報装置)
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	勝野 健太	関係	住所	小竹町大字勝野****
			隣人	TEL	09496-2-****
	氏名	七福 康太		関係	住所
			隣人	TEL	09496-2-****
	氏名	峰畑 一		関係	住所
			隣人	TEL	09496-2-****
				携帯	090-1234-****

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。