

167番地1

(勝 野 2 区 1 組)

小 竹 太 郎 様

同意書

小竹町長 殿

私は、避難行動要支援者登録制度の利用について、台帳への登録を希望します。

また、登録申請書兼登録台帳に記載した内容を避難支援等関係者（消防本部・警察署・自治会・消防団自主防災組織・民生委員児童委員・福祉避難所事業所・介護、障がいサービス事業所など）に提供することに同意します。

令和 5 年 ● 月 ● 日

同意者氏名 小竹太郎

避難行動要支援者
(平常時見守り)

登録申請書兼登録台帳

氏名

小竹 太郎 (コタケ タロウ)

住所

小竹町大字 勝野3167番地1
(勝 野 2 区 1 組)

生年月日

昭和10年3月15日

年齢

87 歳

性別

男

連絡先

自宅電話

0949-62-●●●●●●

FAX

0949-62-●●●●●●

携帯電話

090-●●●●●●-●●●●●●

メール

世帯状況

同居家族の有無 あり ・ なし 1人世帯

氏名1

続柄

氏名3

続柄

氏名2

続柄

氏名4

続柄

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。

身体状況

ひとりで歩行・ベッドからの起き上がりができるか。(可 ・ 不可)
歩行や移動で福祉用具を使用しているか。
【☒杖 ☐押し車 ☐歩行器 ☐車イス ☐その他() 】
その他の身体状況 (●●●●●●)

医療状況等

かかりつけ医1 小竹町立病院 住所 小竹町大字勝野1191番地 TEL 0949-62-0282
かかりつけ医2 ●●●●医院 住所 飯塚市●●●● TEL 0948-●●●●-●●●●●●
☒服薬あり ☒高血圧 ☐糖尿病 ☐心臓病 ☐骨そしょう症
☒その他服薬 (●●●●●●)
☒日常必要な医療(器具)がある
☒透析 ☐在宅酸素療法 ☐ストーマ ☐経管栄養(胃ろう) ☐カテーテル
☐その他必要な医療器具 ()
☐介護認定の有無 () ☒障害者手帳の有無 (身体障害者 ・ 2 級)
☐日常的に通所している事業所の有無 【事業所名： 】

緊急時の連絡先を記入してください。

氏名

小竹花子

続柄

子

住所

直方市●●●●

TEL

0949-●●●●-●●●●●●

携帯

080-●●●●●●-●●●●●●

氏名

小竹一郎

続柄

子

住所

福岡市東区●●●●

TEL

092-●●●●●●-●●●●●●

携帯

090-●●●●●●-●●●●●●

●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。						
5	避難	災害時 ☐ 自分で避難できる ☒ 自分で避難することが困難であり援助が必要				
	災害時支援者	氏名	鞍手次郎	関係	住所	小竹町大字勝野●●
				組内友人	TEL	0949-62-●●●●
		携帯	090-●●●●●-●●●●●			
	氏名		関係	住所		
				TEL		
				携帯		
留意事項	*避難の際や避難所で不安なことや、普段いる部屋、寝室の位置などを記入してください。 普段いる部屋： 居間（玄関正面） 寝室： 玄関左奥 ペットの有無： 無 その他： 杖を使用しているので、一人での避難が困難					
6	避難経路等					
		※可能な範囲でのご記入をお願いします。				
		●災害時の具体的支援及び避難手順等について (地域の自主防災組織や近隣の方等の支援や役割等についてもできるだけ詳細に記入)				
※可能な範囲でのご記入をお願いします。						
7	●利用している介護サービス・障がいサービス担当者連絡先					
	事業所名		担当	住所		
				TEL		
				携帯		
	事業所名		担当	住所		
				TEL		
携帯						