災害時避難行動要支援者登録申請書兼登録台帳

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支援を必要とする理由(当てはまるもの全てに○) | １．高齢者のみの世帯 ２．障害者 ３．難病患者 ４．要介護３以上 ５．乳幼児　６．妊産婦 ７．その他  世帯（一人暮らしを除く)　　　　　　 　　　　　　　　　　　　 認定者　　　　 　　 （　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | 性　別 | | | | | 男　　　・　　　女 | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | 生年  月日 | | | | | 大正　昭和　平成  　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 | | | | | | |
| 住　　所 | 太子町  （自治会） | | | | | | | | | 電　話 | | | | |  | | | | | | |
| (携帯) | | | | | | |
| ＦＡＸ | | | | |  | | | | | | |
| メール  アドレス | | | | |  | | | | | | |
| (ｱﾊﾟｰﾄ等の場合)  管理人(会社)/大家 |  | | | | | | | | | 管理人  電話 | | | | |  | | | | | | |
| 同居の世帯員 | 氏名 | | | | 続柄 | | 携帯番号等 | | | | | | 氏名 | | | | | | 続柄 | | 携帯番号等 |
|  | | | |  | |  | | | | | |  | | | | | |  | |  |
|  | | | |  | |  | | | | | |  | | | | | |  | |  |
|  | | | |  | |  | | | | | |  | | | | | |  | |  |
| 緊急連絡先  (同居の家族以外) | 氏　　名 | | | | 続柄 | | 住　　所 | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | |
|  | | | |  | |  | | | | | | | | | |  | | | | |
| (携帯) | | | | |
|  | | | |  | |  | | | | | | | | | |  | | | | |
| (携帯) | | | | |
| 障がいの状態 | 手帳名 | | 程度 | | | | | 障がいの部位 | | | | | | | | | | | | | |
| 身体障害者手帳 | | 種　　級 | | | | | 視 ・ 聴 ・ 言 ・ 肢体（　　　 ） ・内部（ 　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 療育手帳 | | Ａ　 ･ 　B1　 ･ B2 | | | | | | | | | 精神保健福祉手帳 | | | | | | 級 | | | |
| 介護保険の認定 | 要支援　１ ・ ２　 要介護　 １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 担当介護支援専門員・相談支援専門員 | | | | (事業所名)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(氏名) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 避難所への移動 | １．自分一人で避難可能　　　２．避難に誘導が必要　　　３．避難に歩行介助が必要  ４．歩行不可、全面介助 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 日常生活で  使用しているもの | 1. 車椅子　　２．杖・押し車　　３．酸素吸入　　４．人工呼吸器　　５．人工透析   ６．紙おむつ　　７．ストマ用装具　　８．胃ろう　　９．吸引器　　１０．バルンカテーテル  １１．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| かかりつけの病院 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 日中過ごす場所 |  | | | | | | | | | | 寝室の位置 | | |  | | | | | | | |
| 備　　　　　考  (普段の様子など) |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 避難支援者 |  | 氏名 | | | | 住所 | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | 携帯番号 | |
| １ |  | | | |  | | | | | | | | | |  | | | |  | |
| ２ |  | | | |  | | | | | | | | | |  | | | |  | |
| 民生委員・  児童委員 |  | | | | | | | | 担当地区 | | | | | | |  | | | | | |

太子町長　様

私は、災害発生時などの緊急時に地域の助けを受けたいため、上記の内容を台帳に登録するとともに、その台帳を

消防機関、自主防災組織、民生委員児童委員、社会福祉協議会、担当福祉専門職、地域支援者の方々に提供することに同意します。

　　　　　　　　 　 　　　　　年　　 月　　 日

≪町記入欄≫

本人氏名

災害　　包活　　福祉票

代理人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　（続柄：　 　　　）