

様式1号(表)

災害時要援護者台帳登録申請書・個別計画

台帳登録の意思確認及び台帳開示に関する同意欄

八幡市長 様

私は、災害が発生した場合に安否確認や避難など地域からの支援を必要とするので、災害時要援護者台帳への登録申請及び個別計画の作成を希望します。

また、私が届け出た下記の個人情報をも市の関係部署、消防本部、自治会・町内会、民生児童委員協議会、避難支援者に提供すること、及び災害時には必要に応じて、その他台帳登録制度に係る行政機関等に提供し、災害時要援護者支援のために活用されることに同意します。

令和 年 月 日

登録者住所 代理人住所

登録者氏名 代理人氏名 (続柄)

(登録内容記入欄)

1. 台帳登録者

ふりがな		性 別	生 年 月 日
氏 名		男 ・ 女	明・大・昭・平・西暦 年 月 日 (歳)
住 所	〒 ー 八幡市		
電話番号		血液型	A ・ B ・ AB ・ O Rh+ ・ Rh-
FAX番号		家族構成 (本人含む)	
携帯番号		メールアドレス	

[★要援護者区分] 該当するもの□に✓印を、項目に○をつけてください。

- ☐ 日常的に支援を必要とする人で、75歳以上の高齢者のみの世帯
 ☐ 要介護認定者(要介護3, 4, 5)
 ☐ 身体障害者手帳 ・ 体幹(1級・2級) ・ 上肢(1級・2級) ・ 下肢(1級・2級) ・ 視覚(1級・2級)
 ☐ 聴覚(2級) ・ 内部(1級・2級) ・ その他重複(1級・2級)
 ☐ 療育手帳(A判定)
 ☐ 精神障害者保健福祉手帳(1級)
 ☐ その他 ()

(緊急時の連絡先)	(ふりがな) 氏 名	(続柄)	
	住 所	〒 ー	
	電話番号	(自宅)	(携帯電話)
	(ふりがな) 氏 名	(続柄)	
	住 所	〒 ー	
	電話番号	(自宅)	(携帯電話)

自治会等 加入状況	<input type="checkbox"/> 加入 (自治会名:) <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 自治会等がない
--------------	--

※以下の欄は、わかる範囲でご記入ください。

2. 避難支援者

※避難支援者は、すぐに駆けつけることができる近隣住民の方などが望ましく、ご本人の了解を得てご記入ください。（避難支援者は2名以上が必要です。）
なお、避難支援者が選定できなくても、台帳にはご登録いただけます。
※ 該当する□に✓印をしてください。

①	(ふりがな) 氏 名 生年月日	(年 月 日生)	関 係	<input type="checkbox"/> 近隣者 <input type="checkbox"/> その他()
	住 所	〒 ー 八幡市	電話番号 携帯電話	
②	(ふりがな) 氏 名 生年月日	(年 月 日生)	関 係	<input type="checkbox"/> 近隣者 <input type="checkbox"/> その他()
	住 所	〒 ー 八幡市	電話番号 携帯電話	
③	(ふりがな) 氏 名 生年月日	(年 月 日生)	関 係	<input type="checkbox"/> 近隣者 <input type="checkbox"/> その他()
	住 所	〒 ー 八幡市	電話番号 携帯電話	

3. 居住等の状況

※ 該当する□に✓印をしてください。

建物の構造等	<input type="checkbox"/> 木造(階建て) <input type="checkbox"/> 鉄筋コンクリート造(階建て) <input type="checkbox"/> 鉄骨造(階建て)
建物の用途	<input type="checkbox"/> 一戸建て住宅 <input type="checkbox"/> 共同住宅
住まいの状況	普段いる部屋(階の)・寝室の位置(階の)
緊急通報システム利用(シルバーライフライン)の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

4. その他の事項

かかりつけの医療機関 (複数可能)	名 称		電話番号	
	所在地		担 当 医	
	名 称		電話番号	
	所在地		担 当 医	
	名 称		電話番号	
	所在地		担 当 医	
治療中の疾患や治療内容等				
特記事項(要援護者自身の状況や必要な支援・配慮してほしいこと等についてご記入ください)				

(福祉総務課記入欄) ※下記の避難場所欄は、記入不要です。

避難場所	指定避難所	福祉避難所
------	-------	-------