

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

同意の内容になります。
よく読んでから署名をお願いします。

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支援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、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関係す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。

同意日を記入してください。

令和 年 月 日

登録者住所 八幡市 ○○○○○ 番地

代理人住所

ご本人以外の方が申請書を提出する場合は記入してください。

登録者氏名 八幡太郎

代理人氏名

(続柄)

署名または記名押印を
忘れずにお願いします。

登録内容記入欄

親族もしくは法定代理人
がご記入ください。

1. 台帳登録者

ふりがな	やわた たろう	性別	生 年 月 日
氏 名	八幡太郎	男・女	明・大・昭・平・西暦 ○○年○○月○○日 (○○歳)
住 所	〒 614 - ○○○○ 八幡市 ○○○○○○○ 番地		
電話番号	075-983-△△△△	血液型	A・B・AB・O Rh+・Rh-
FAX番号	075-983-△△△△	家族構成 (本人含む)	本人、妻(2人)
携帯番号	090-△△△△-△△△△	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(狭心症、腎臓透析、糖尿病、要介護2、身体障害者手帳3級所持

該当するもの
全てに✓印を、
項目に○をつ
けてください。

(緊急時の連絡先)	(ふりがな) 氏 名	やわた いちろう 八幡 一郎	(続柄) 長男
	住 所	〒 ○○○-○○○○ ○○県 ○○市 ○○○○○ 番地	
	電話番号	(自宅) △△△-△△△-△△△△ (携帯電話) 090-△△△△-△△△△	
	(ふりがな) 氏 名	やわた はなこ 八幡 花子	(続柄) 長女
	住 所	〒 ○○○-○○○○ ○○県 ○○○郡 ○○○町 ○○○○○ 番地	
	電話番号	(自宅) △△△-△△△-△△△△ (携帯電話) 090-△△△△-△△△△	

2人いない場合は、1人でも構いません。
登録は3人まで可能です。

自治会等
加入状況☒ 加入(自治会名: ○○○自治会) ☐ 未加入 ☐ 自治会等がない

自治会名を忘れずにご記入ください。

《福祉総務課》
※記入不要

【個人番号】

【番号】

※以下の欄は、わかる範囲でご記入ください。避難支援者の登録は4人まで可能です。

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	きょうと ○ こ 京 都 ○ 子 (昭和50年1月31日生)	関 係	<input checked="" type="checkbox"/> 近隣者 <input type="checkbox"/> その他()
	住 所	〒 614-0000 八幡市 ○ ○ ○ ○ ○ ○ 番地	電話番号 携帯電話	983-△△△△ 090-△△△△-△△△△
②	(ふりがな) 氏 名	し が ○ こ 滋 賀 ○ 子 (昭和10年4月 1日生)	関 係	<input checked="" type="checkbox"/> 近隣者 <input type="checkbox"/> その他()
	住 所	〒 614-0000 八幡市 ○ ○ ○ ○ ○ ○ 番地	電話番号 携帯電話	983-△△△△ 090-△△△△-△△△△
③	(ふりがな) 氏 名	おおさか ○ ろう 大 阪 ○ 郎 (昭和25年12月24日生)	関 係	<input type="checkbox"/> 近隣者 <input checked="" type="checkbox"/> その他(親 戚)
	住 所	〒 614-0000 八幡市 ○ ○ ○ ○ ○ ○ 番地	電話番号 携帯電話	983-△△△△ 090-△△△△-△△△△

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 checked="" type="checkbox"/> 木造(2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 checked="" 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(1階の 居 間)・寝室の位置(2階の 和 室)
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 checked="" type="checkbox"/> なし

4. その他の事項

わかる範囲で、かかりつけ医師の診療科目を記入してください。

かかりつけの医療機関 (複数可能)	名 称	○ ○ ○ ○ ○ ○ 医 院	電話番号	075-△△△-△△△
	所在地	八幡市 ○ ○ ○ ○ ○ ○ 番地	担 当 医	○ ○ ○ ○ 医師(内科)
	名 称	○ ○ ○ ○ ○ ○ 病 院	電話番号	075-△△△-△△△△
	所在地	八幡市 ○ ○ ○ ○ ○ ○ 番地	担 当 医	○ ○ ○ ○ 医師(腎臓)
	名 称	枚方 ○ ○ ○ ○ 病 院	電話番号	072-△△△-△△△△
所在地	大阪府枚方市 ○ ○ ○ ○ ○ ○	担 当 医	○ ○ ○ ○ 医師(耳鼻咽喉科)	

治療中の疾患や治療内容等
・糖尿病と狭心症の薬を常用している。
・人工透析を受けている。(週1回通院)

服薬状況、通院状況、治療中の疾患を記入してください。

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）

- ・本人は要介護4で歩行困難、車イスで移動している。
- ・聴覚障害のため、FAXか、直接的な伝達(筆記など)が必要である。
- ・月、木曜日は○○○のデイサービスを利用し、日中は不在である。

歩行の状況、避難時に配慮すべきこと(歩行状況、障がい状況、日常生活の自立度など)を記入してください。
各種福祉サービスを受けておられる場合は、場所(連絡先)、曜日、時間帯などを記入してください。

(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