

災害時要援護者届出申請書 (表)

年 月 日

上三川町長 様

私は、災害時要援護者届出制度の趣旨に賛同し、災害時の避難支援及び避難所における支援を希望し、同制度に届出することを希望します。

また、下記の個人情報を町が保有するとともに、地区災害時要援護者支援組織、避難支援者、消防署、警察署等の関係機関に提供することに同意します。

記入者 _____ 印

代理記載の場合、届出者との関係 (_____)

届出番号			
フリガナ氏名	_____ 印	昭和 年 月 日生	男女
住所	上三川町	電話 () —	
		FAX () —	
		電子メール	
災害時要援護者 (該当項目に○)	障がい者 (身体・知的・精神)・特定疾患・要介護認定者 一人暮らし高齢者・高齢者世帯・その他 (_____)		
緊急時の家族等の連絡先	フリガナ氏名 _____ 続柄 _____	住所 _____ 電話 _____	
	フリガナ氏名 _____ 続柄 _____	住所 _____ 電話 _____	
家族構成・同居状況	緊急通報システム	有 ・ 無	
構成図 (※町記入)	必要とする援助 (該当項目に○)	1 移動 (自立歩行 可・不可) 2 身体介護 (食事・排泄・着替え) 3 通訳 (手話) 4 通訳 (音声・点字) 5 その他 (_____)	
	支援が必要な時間帯	常時・昼間・夜間・その他	

要援護者台帳

氏名

かかりつけの 病院・医院		電話	
自治会長 ※自治会名 ()	氏名	電話	
民生委員 児童委員	氏名	電話	
避難支援者 (兼情報伝達支援者)	氏名	住所	
		電話	
	氏名	住所	
		電話	
指定避難所			
特記事項 ※避難するとき や、避難所に配慮 して欲しいこと など記入してく ださい。	<p>○身体状況 (一人では歩行が困難、アレルギーがある、薬を服用している等)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>※以下を必要とする場合は、<input checked="" type="checkbox"/>をつけてください。</p> <p><input type="checkbox"/>人工透析 <input type="checkbox"/>インスリン <input type="checkbox"/>在宅酸素療法</p> </div> <p>○その他</p>		
町記載欄			

※ 避難支援者はボランティア精神に基づき支援をするものです。

この届出申請書に記載された情報は、災害発生時に地域の支援により生命等の安全を図るものであり、それ以外の用途に使用したり他に情報を流したりすることを禁止します。

上 三 川 町