

災害時要援護者登録申請書兼登録台帳

市川町長 様

私は、災害発生時等に地域の支援を受けたいので、市川町災害時要援護者の登録を申請します。

また、避難支援を目的として、本申請書の個人情報、「地域の支援者、自主防災組織、民生委員、社会福祉協議会、居宅介護支援事業者等、消防署、警察署」へ情報提供されることに同意します。

○太枠は必ず記入してください。その他は記入できる範囲で結構です。

フリガナ 氏名	印 男・女		作成日	年 月 日
生年月日	M・T・S・H	年 月 日 生 歳	血液型	A・B・O・AB
住 所	市川町		電 話	
			FAX	
家族構成 (本人含む)	人数 人		自主防災組織 自治会の名称	
医療機関		処方薬 病名など		
緊急 連絡 先	氏 名	住所及び電話番号		続 柄
		住所：		
		☎	携帯	
		住所：		
		☎	携帯	
「自分の力や家族の支援だけ」では避難することが困難な方で、 今のあなたの状態について 次にあてはまるものに「○」印をつけてください。				
(1) 65歳以上のひとり暮らしや高齢者のみ世帯の方 (2) 要介護認定者で要介護3から5までの認定を受けている方 (3) 身体障害者手帳1級又は2級の方（下の表の1に内容の記入をお願いします。） (4) 療育手帳A判定の方 (5) 精神障害者手帳1級の方 (6) その他、災害時の支援を希望する方で、町長が必要と認める方（下の「3 特記事項」に内容をご記入ください）				

1 介護・身体障害(肢体・視覚・聴覚)・知的障害等の内容	
2 現在必要としている保健、医療、福祉サービス 等	
3 特記事項	

- 1 身体・知的障害者は障害手帳の内容を、また介護認定を受けている人はその内容を記載
- 2 人工透析を受けているなど、保健、医療、福祉サービスに関して留意すべき事項を記載
- 3 援護が必要となる主な理由、本人との意思疎通の方法(意思疎通が困難な場合)などの事項について

あなたが希望する地域支援者を記載してください。  
(記載に際しては、必ず本人の同意を得てください。)

地 域 支 援 者	氏名	印	地 域 支 援 者	氏名	印
	住所			住所	
	電話			電話	