別記様式第１号（第３条関係）

年　　　月　　　日

御嵩町長　宛て

**御嵩町避難行動要支援者名簿登録申請書兼避難行動要支援者台帳**

私は、御嵩町災害時避難行動要支援者支援制度の趣旨に賛同し、御嵩町災害時避難行動要支援者台帳への登録を申請します。また、記載された個人情報を町の関係部署、警察署、消防署、消防団、自治会長、自主防災組織、民生委員・児童委員、社会福祉協議会等へ情報提供することに同意します。

申請者氏名（自署）

（本人が記入できない場合は代理人が記入してください。）

代理人氏名（自署）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者との関係：

住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本　人　情　報 | ふりがな氏名 | 　　 | 性　別 | 電話番号 |  |
| 男 ・ 女 | 携帯電話 |  |
| 生年月日 |  | 年 　 月 　 日 | メールアドレス | 　　　　　　＠ |
| 住所 |  |
| 自治会 | ・未加入　 | 自主防災組織 |  |
| 緊急時の連絡先 | 氏名 |  | 続柄 |  | 住所 |  | 電話 |  |  |
| 携帯 |  |  |
| メール |  | 　　　　＠ |
| 氏名 |  | 続柄 |  | 住所 |  | 電話 |  |  |
| 携帯 |  |  |
| メール |  | 　　　　＠ |
| 氏名 |  | 続柄 |  | 住所 |  | 電話 |  |  |
| 携帯 |  |  |
| メール |  | 　　　　＠ |
| 災害時に地域の支援を必要とする理由※該当に○複数選択可 | ①　ひとり暮らし高齢者　　 |
| ②　高齢者世帯（他の世帯員：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ③　要介護状態区分が（要介護３・要介護４・要介護５）である者 |
| ④　身体障害者手帳の交付を受けている者（１級・２級） |
| ⑤　療育手帳の交付を受けている者（Ａ１・Ａ２） |
| ⑥　精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者（１級・２級） |
| ⑦　①～⑥に準ずる状態にある者で、災害時に特に支援が必要と認められる者 |
| 身体の状況※該当に○複数選択可 | 1. 寝たきり　　② 手が不自由　　③ 車いす使用　　④ 歩行困難　　⑤ 弱視・全盲

⑥ 難聴　　　　⑦ 人工透析　　　⑧ 在宅酸素　　　⑨ ペースメーカー　⑩ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※裏面もご記入ください。

|  |
| --- |
| 地域支援者の連絡先　　※地域支援者の同意のうえ記入してください。 |
| 民生委員・児童委員 |  |
| 氏名 |  | 関係 |  | 電話番号 |  |
| 携帯電話 |  |
| メールアドレス | 　　　　＠ |
| 氏名 |  | 関係 |  | 電話番号 |  |
| 携帯電話 |  |
| メールアドレス | 　　　　＠ |
| 氏名 |  | 関係 |  | 電話番号 |  |
| 携帯電話 |  |
| メールアドレス | 　　　　＠ |

|  |
| --- |
| その他の事項　　　※個別支援プランを作成する際に参考にします。 |
| サービス等利用状況※該当に○複数選択可 | 介護サービス　なし・あり（ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ：　　　　　　　　利用施設等：　　　　　　　　　　　）障がいサービスなし・あり（相談支援：　　　　　　　　利用施設等：　　　　　　　　　　　）緊急通報・サポーター派遣・生活保護・配食サービス・その他（　　　　　　　　　　　） |
| 持　病 |  |
| かかりつけ医 |  | 受診状況 | 通院・往診　　　週・月　に　　　回程度 |
| 居住状況 | 日中過ごす場所 | （例：１階東側リビング） |
| 寝室の場所 | （例：２階北西の和室） |
| 通所施設等 | （通所の頻度）　　　　　　　　月・火・水・木・金・土・日　 |
| 避難場所 |  |
| 特記事項 |  | ≪住宅案内図≫ |