

○要援護者登録申請書兼避難支援プラン(個別計画)ひな型 (表)

平成 年 月 日

能代市長 殿

私は、災害時要援護者支援制度の趣旨に賛同し、同制度に登録することを希望します。

また、私が届け出た次の個人情報を市が自主防災組織、自治会・町内会、民生委員児童委員、社会福祉協議会、消防署、警察署、避難支援者に提供することに同意します。

1 災害時に支援が必要な方(災害時要援護者)の住所・氏名等

住所	能代市	自治会・町内会	
フリガナ		電話	
氏名	印	FAX	
		携帯電話	
生年月日	年 月 日	性別	男・女
		メール等	

2 災害時に支援が必要な方(災害時要援護者)の状態

<input type="checkbox"/> 要介護高齢者(要介護度) <input type="checkbox"/> 身体障害者(身体障害者手帳 種 級) <input type="checkbox"/> 知的障害者(療育手帳) <input type="checkbox"/> 精神障害者(精神障害者保健福祉手帳 級) <input type="checkbox"/> ひとり暮らし等高齢者 <input type="checkbox"/> その他()	左記の内容	
	災害時に支援してほしい内容	

3 世帯・住まいの状況

家族構成		居住建物・居室・寝室等	
------	--	-------------	--

4 緊急時の連絡先

氏名 (関係) ()	住所		
	電話		携帯電話
	FAX		メール等
氏名 (関係) ()	住所		
	電話		携帯電話
	FAX		メール等

5 担当民生委員児童委員

地区名	氏名	電話	
		FAX	

6 災害時に避難等で支援してくれる人(避難支援者)

氏名 (関係)	()	住所			
		電話		携帯電話	
		FAX		メール等	
氏名 (関係)	()	住所			
		電話		携帯電話	
		FAX		メール等	
氏名 (関係)	()	住所			
		電話		携帯電話	
		FAX		メール等	

7 情報伝達ルート・問い合わせ先

--

8 避難時や避難所での生活に当たり配慮を必要とする事項

必要な用具等	
既往歴・医薬品等	
その他配慮が必要な事項	

9 避難所・避難手順等

避難所		避難手順等	
-----	--	-------	--

10 かかりつけ医療機関

医療機関名		電話	
		電話	
		電話	

11 福祉サービスの状況

サービスの種別	事業所名	電話番号	利用状況等

12 その他特記事項

--