

釜石市避難支援登録申請書 (登録カード) 【当初】

平成 年 月 日

釜石市長 様

私は、釜石市災害時要援護者避難支援計画に基づく災害時要援護者登録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(表面に限る。)を市が自主防災組織代表、地域会議代表、町内会等代表、民生委員、消防団、社会福祉協議会、消防署、警察署及びその他同計画に基づく関係機関等に提供することを承諾します。

地区名	(町名+丁目・番 / 町名+地割)	自治会名	(所属する町内会等の名称)	
災害時 要援護者 (本人)	<input type="checkbox"/> 高齢者 (<input type="checkbox"/> 要介護高齢者 ・ <input type="checkbox"/> ねたきり高齢者 ・ <input type="checkbox"/> 認知症高齢者 ・ <input type="checkbox"/> 一人暮らし高齢者 ・ <input type="checkbox"/> 高齢者夫婦等世帯の高齢者)			
	<input type="checkbox"/> 障がい者 (<input type="checkbox"/> 身体：障がいの内容 _____) (<input type="checkbox"/> 知的：程度 <input type="checkbox"/> 最重度 ・ <input type="checkbox"/> 重度) (<input type="checkbox"/> 精神：障がいの内容 _____)			
	<input type="checkbox"/> その他 (_____)			
フリガナ		男・女	生年 月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
氏名	㊟		TEL	
住所			FAX	
緊急時の 家族等の 連絡先	氏名		続柄	
	住所		TEL	
	氏名		続柄	
	住所		TEL	
家族構成・同居状況等				
居住建物の構造		<input type="checkbox"/> 木造 (階建) <input type="checkbox"/> 鉄骨造 (階建) <input type="checkbox"/> 鉄筋造 (階建)		
普段いる部屋		階の	寝室の位置	階の
日中活動している場所			緊急通報システム	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
特記事項				
避難準備 情報等の 情報伝達 者(兼)避 難支援者	①	フリガナ		自主防災組織代表 (町内会長等)
		氏名		TEL
		住所		
	②	フリガナ		民生委員
		氏名		TEL
		住所		

1. 災害時要援護者本人情報

血液型	A ・ B ・ O ・ AB		RH (+ ・ -)		
治療中の疾患 ・合併症	疾患名		治療内容	備考	
	主治医又は病院名				
服用薬の 種類等	薬名	量	形(色)	服薬時間	作用
				朝・昼・夕	
				朝・昼・夕	
				朝・昼・夕	
				朝・昼・夕	
				朝・昼・夕	
	服薬上の注意等				
薬局又は病院名		Tel Tel			
補装具及び 医療的ケアに 必要な物品	メーカー名	商品名	サイズ等	取引先電話番号	
				Tel	
				Tel	
				Tel	
福祉サービス 提供事業者名	①				Tel
	②				Tel

2. 避難場所及び担当班

避難場所			
避難場所の担当班			
備考			

3. その他
