避難行動要支援者登録申請書兼台帳（個別計画）

別記様式（第４条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年月日

岡　谷　市　長　殿

本人又は代理人(介護者)

住所〒

氏名**印**

　（自署の場合は、押印は必要ありません。）

(本人との関係　)

岡谷市において大きな災害が発生したときには、私の安否確認や災害情報の提供及び地域での援助を受け

たいので、下記の事項を登録するとともに、この申請書兼台帳（個別計画）を、避難支援等関係者に提供し、災害時の援助を得ることに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 項　目 | 届　　　　　　　　出　　　　　　　内　　　　　　　容 |
| 支援を必要とする　　　　　　本　　人 | フリガナ |  |  | 電話番号 |  |
| 氏　　名 |  |  | FAX番号 |  |
| 携帯番号 |  |
| 生年月日 | 年月日（歳）男 ・ 女 |
| 住　　所 | 〒 | 区町内(担当民生委員　：　　　　　　　　　) |
| 要支援者が一人になる時間帯 | 時から　時まで | 血液型 | ＲＨ　　＋　－型 |
| 主たる同　居家族等 | 氏　　　　　名 | 続　柄 | 氏　　　　　名 | 続　柄 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 緊急時の連絡先① | 緊急時の連絡先② |
| フリガナ | 本人との続柄 | フリガナ　　 | 本人との続柄 |
| 氏　　名 |  | 氏　　名　　　　 |  |
| 住　　所 〒 | 住　　所 〒　　 |
| 電話番号 | 携帯番号 | 電話番号 | 携帯番号 |
| FAX番号 |  | FAX番号 |  |
| 避　難　支　援　者 | 避　難　支　援　者 |
| 氏　　名 |  | 続柄（　） | 氏　　名 |  | 続柄（　　　　　） |
| 住　　所電話番号 |  | 住　　所電話番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 対象 | 介護認定（３・４・５） ・　身体障がい者（1級・２級）　・　療育A　・　精神障がい者（１級・２級）　・ その他（ 　　） |
| 申請理由等　　支援活動を円滑に進めるため、身体の状況・必要な補助器具など具体的に記入してください。 |

|  |
| --- |
| 避難勧告等の伝達者・伝達方法・問合せ先 |
| その他（担当している介護保険事業者名・連絡先等） |
| 避難所までの経路図 | 避難場所： | 避難所： |
|  |
| 治療中の病気 | 疾患名 | 使用中の薬 | 医　療　機　関 |
|  |  | 医 療機関名 |  |
| 連絡先 |  | 主治医 |  |
|  |  | 医　療機関名 |  |
| 連絡先 |  | 主治医 |  |