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 |  |