

(表)

矢巾町避難行動要支援者名簿登録 (新規・変更・抹消) 申請書

矢巾町長様 申請日 年 月 日

私は、災害発生時の避難に際し、地域の支援を受けたいので、矢巾町避難行動要支援者同意者名簿への登録を申請します。

この申請書に記載した内容は、コミュニティ会長、担当民生委員、自主防災組織、矢巾町消防団、盛岡南消防署矢巾分署、紫波警察署、矢巾町社会福祉協議会その他町長が必要と認める者へ提供されることを承諾します。

○登録申請者 (登録を希望する方 **ご本人**の氏名等をご記入ください。)

ふりがな 氏名	男・女	生年月日	大 昭 令 平 年 月 日
住 所	矢巾町 (行政区:)	電話番号	(自宅) - - (携帯) - -

○代筆者 (**ご本人以外が代筆する場合**、代筆者の氏名等をご記入ください。)

ふりがな 氏名	(続柄:)	電話番号	- -
------------	--------	------	-----

1 該当区分 (登録申請者の該当項目 **全ての数字に○印**を付けてください。)

1	75歳以上の者のみの世帯	2	在宅で要介護度3以上の者	3	身体障害者手帳1級・2級 (肢体・視覚・聴覚)
4	知的障がい者 (療育手帳A)	5	その他 ()		

2 緊急時の連絡先 (緊急時の連絡先となる方を **1名以上**ご記入してください。)

ふりがな 氏名	電話番号	- -
住 所	続柄	
ふりがな 氏名	電話番号	- -
住 所	続柄	

3 地域支援者 (地域支援者となる方の同意を得てご記入ください。)

地域支援者の記載は必須ではありません。

ふりがな 氏名	電話番号	- -
住 所	矢巾町	登録申請者との関係
ふりがな 氏名	電話番号	- -
住 所	矢巾町	登録申請者との関係

町記入欄 (新規/変更/抹消 登録年月日 年 月 日 システム入力者)
世帯No.

(裏)

4 本人の状況（医療・福祉に関する各項目を分かる範囲でご記入ください。）
記入欄が不足する場合は、備考欄にご記入ください。

① かかりつけの病院	② 治療中の病気又は障害
病院名： 担当医：	治療内容： 使用薬：
病院名： 担当医：	治療内容： 使用薬：

③ 医療・福祉のチェック項目（該当する項目全ての数字に○印を付けてください。）

1	車いす	2	歩行器	3	人工呼吸器	4	在宅酸素	5	ペースメーカー	6	インスリン注射
7	経管栄養	8	点滴	9	ストマ	10	人工透析	11	たん吸引	12	補聴器

④ ③以外で使用している補装具、医療・介護に必要な器具があればご記入ください。

--

5 町指定避難場所 (例) ○○公民館、××小学校	6 地域で定めた避難場所
------------------------------	--------------

7 避難情報の伝達方法（該当する項目全ての数字に○印を付けてください。）

1	エリアメール	2	テレビまたはラジオ	3	地域支援者等からの電話連絡
4	地域支援者等による訪問	5	その他 ()		

8 支援時の留意事項（自由記述）
避難時や安否確認時に参考になる情報があれば、ご記入ください。

--

9 避難所への移動手段（該当する項目全ての数字に○印を付けてください。）

1	徒歩 (杖・手引き・歩行器)	2	車いす (自力走行・介助走行)	3	自動車 (自家用車・介護車両)
4	その他 ()				

10 備考欄（他の記入欄が不足していた場合などは、こちらにご記入ください。）

--