

災害時要避難支援者登録申出書兼台帳

申請日 年 月 日

さつま町長 様

私は、災害時要援護者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、私が届け出た下記個人情報と作成された私の個別支援計画が、災害時の避難支援や情報提供、安否確認のため、町の関係部署や町社会福祉協議会、民生委員・児童委員、公民会、自主防災組織に提供されることに同意します。

		代理記載 及び代理 申請	続柄	
			氏名	印
フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日	
	印	男・女	公民会名	
住所	〒 さつま町			
自宅電話		FAX		
携帯電話		メール		
支援を必要とする理由 (該当項目全てに○)	1. ひとり暮らし高齢者 2. 高齢者のみの世帯 3. 介護保険の要介護3～5 4. 身体障害者手帳1級・2級 5. 療育手帳A判定者 6. 自立支援医療費支給認定を受けている精神障害者 7. 特定疾患治療研究事業の医療費助成認定者 8. 各項目に準ずる状態にある者で町長が認める者			
世帯の状況	人世帯(構成:)			
災害時に必要な支援等	※ 避難の際や避難所で不安なことなどを記入してください。			
かかりつけ医療機関		住所		
		電話		
居宅介護支援事業所等		住所		
		電話		
日常生活用具・薬等				
緊急時の家族等連絡先	氏名	(続柄)	住所	
			TEL・携帯	
	氏名	(続柄)	住所	
			TEL・携帯	
		携帯メール		
民生委員		TEL・携帯		

地域避難支援者	1	氏名		住所		公民会		
			(関係)	TEL・携帯				
	2	氏名		住所		公民会		
			(関係)	TEL・携帯				
予定避難場所	1			2				
情報伝達の流れ								
情報伝達での留意事項								
避難時に携行する医薬品等								
避難誘導時の留意事項								
避難先での留意事項								
備考								
連絡先	さつま町役場 保健福祉課			電話	0996-53-1111			
				FAX	0996-52-3514			