

神河町避難行動要支援者登録申請兼個人情報同意書

年 月 日

神河町長 様

私は、災害発生時の避難支援をはじめ、日頃からの見守りなど地域の支援をうけるために、神河町や自主防災組織が行う事前対策の検討や防災訓練、あるいは災害発生における支援のために、下記に記載する私の情報を用いることに同意します。救命・救急カプセルの設置は(希望します ・ 希望しません)

氏名 _____ 印 _____

(代理人氏名 _____ 印 本人との関係: _____)

避難行動要支援者 (該当する□にレ点を入れてください。)					
<input type="checkbox"/> 介護保険認定者 (□要介護3 □要介護4 □要介護5)					
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 障害名: () 等級: □1級 □2級					
<input type="checkbox"/> 療育手帳 A判定					
<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 1級					
<input type="checkbox"/> 難病患者等					
<input type="checkbox"/> 避難行動要支援者抽出フロー図に該当する (理由: _____)					
住まいの構造	木造 ・ 鉄骨 ・ 鉄筋		階数	平屋 ・ () 建て	
			建築時期	年 月 頃	
洪水	浸水区域内 (浸水深 _____メートル)		・ 区域外		
土砂災害	警戒区域内		・ 区域外		
ふりがな			性別	生年月日	
氏名			現住所	神河町	
世帯主					
本人への連絡方法	電話番号		携帯番号		
	FAX		メールアドレス等		
世帯区分	一人暮らし ・ 高齢者世帯 ・ 日中一人 ・ 日中高齢 ・ その他				
担当居宅介護支援事業所			担当介護支援専門員		
担当相談支援事業所			担当相談支援専門員		
(避難支援時に配慮すべき事項)					
<input type="checkbox"/> 声かけ必要 <input type="checkbox"/> 手つなぎや支えが必要 <input type="checkbox"/> 車いす介助必要 <input type="checkbox"/> 担架等必要 <input type="checkbox"/> その他 (_____)					

緊急時の連絡先	①	氏名		続柄		電 話	
		住所				携帯電話	
	②	氏名		続柄		電 話	
		住所				携帯電話	
	③	氏名		続柄		電 話	
		住所				携帯電話	
普段いる部屋				就寝場所			
緊急通報システムの設置			有 ・ 無				
かかりつけ医	医療機関	診療科	医師名	所在地		電話番号	
特記事項（疾患等により配慮すべきことがありましたらご記入ください。）							

【近隣協力者】 有 ・ 無

①	氏 名		続柄		電話番号	
	住 所	神河町		備考		
②	氏 名		続柄		電話番号	
	住 所	神河町		備考		
③	氏 名		続柄		電話番号	
	住 所	神河町		備考		