

様式第1号(第3条、第9条関係)

嘉手納町長 殿

嘉手納町災害時等要援護者登録(変更)申請書

私は、嘉手納町災害時等要援護者支援実施規則に賛同し、嘉手納町災害時等要援護者台帳に登録することを希望します。

また、災害時等に支援を受けるため、嘉手納町が下記の情報を、支援者、自治会、民生委員児童委員、社会福祉協議会及び自主防災組織に提供することに同意します。

年 月 日 氏名 _____ 印

代理人 _____ 印 ※本人との関係()

※以下(裏面含む)は、民生委員・児童委員による実態調査票を兼ねています。

No.

フリガナ				T ・ S ・ H	年 月 日	血液型	
氏名		(性別) 男・女	生年月日				型
住所	〒904-02 嘉手納町 (字久得・字屋良・屋良・字嘉手納・字水釜・水釜・字兼久)		自治会名	東区・中央区 北区・南区 西区・西浜区			
(電話)	(携帯)		緊急 通報	有・無			
(FAX)	(Eメール)						
要援護者 対象区分	<input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 視覚障 <input type="checkbox"/> 聴覚障 <input type="checkbox"/> 肢体不 <input type="checkbox"/> 知的障 <input type="checkbox"/> 精神障 <input type="checkbox"/> 内部障 <input type="checkbox"/> 難病患 <input type="checkbox"/> ()			障害手帳 等の等級		要介護度	
民生委員		避難 場所	医療保険		見守区分	有・無	
家族 構成	①	(続柄)		(備考)			
	②	(続柄)		(備考)			
	③	(続柄)		(備考)			
	④	(続柄)		(備考)			
	⑤	(続柄)		(備考)			
関係項目	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 日中ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 居宅・訪問・通所・介護 <input type="checkbox">配食サービス <input type="checkbox"/>安心キット <input type="checkbox"/>自立支援サービス <input type="checkbox"/>視力障がい <input type="checkbox"/>聴力障がい <input type="checkbox"/>火災報知器設置 <input type="checkbox"/>その他()</input>						

○緊急時の連絡先

緊急時の 連絡先	①	氏名	(続柄)	(電話)	(FAX)
		住所		(携帯)	(メール)
	②	氏名	(続柄)	(電話)	(FAX)
		住所		(携帯)	(メール)

(表面)

○地域支援者等

氏名()

協力員・団体など	①	氏名	(電話)	(FAX)
		住所	(携帯)	(メール)
	②	氏名	(電話)	(FAX)
		住所	(携帯)	(メール)
	③	氏名	(電話)	(FAX)
		住所	(携帯)	(メール)
	④	氏名	(電話)	(FAX)
		住所	(携帯)	(メール)

○居宅介護支援事業所

居宅介護支援事業所	住所		電話	
	名称		ケアマネ	

○かかりつけの医療機関等

のか 医か 療り 機つ 関け	医療機関名		担当医		電話	
	治療中疾患		使用薬、用量 服用上の注意			
	医療機関名		担当医		電話	
	治療中疾患		使用薬、用量 服用上の注意			

○その他

避難時に必要とする支援の内容	
特記事項	

○住宅(位置)の見取図

○寝室の見取図

--	--

(裏面)