

取扱い注意

篠栗町災害時要配慮者避難登録申請書

篠栗町長様

新規 変更
平成 年 月 日

《避難支援希望者の欄》

避難支援を必要とする人	行政区名		組合名			
	フリガナ				生年月日 (年 月 日)	日
	氏名					
	住所	篠栗町大字		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	自宅電話	fax有・無		携帯電話		
	家族構成	人 (構成: 本人、)				
	区分	視覚障がい【 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級】 聴覚障がい【 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級】 肢体不自由【 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級】 療育手帳【 <input type="checkbox"/> A】 要介護認定者【 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5】 65歳以上単身世帯で【 <input type="checkbox"/> 要支援1・2 <input type="checkbox"/> 要介護1・2】 民生委員・児童委員が特に支援の必要を認める方 理由[]				

《避難支援を必要とする本人の個人情報取り扱いに関する同意書》

私は、篠栗町災害時要配慮者避難支援に関して提供する個人情報を篠栗町が使用し、次の関係機関等に提供することに同意します。

- (1) 社会福祉協議会
- (2) 所属する自主防災組織
- (3) 民生委員・児童委員、福祉協力員
- (4) 避難支援者
- (5) 消防・警察等

避難支援希望者 (印)

《申請者》

氏名	住所	続柄
	〒	

※ 施設入所や長期入院の場合は、必ず役場へお知らせください。

※ あくまで善意と地域の共助により支援を行うもので、支援者の不在や被災等により支援が困難となる場合もあります。また、事故が発生しても責任を伴うものではありません。

取扱い注意

記入日 平成 年 月 日

日常生活の中で習慣にしている行動		例：○曜日は△△サービスに通っている			
かかりつけの病院		名称：		電話番号：	
在宅高齢者福祉サービスの利用状況		緊急通報装置等		有 ・ 無	
		配食サービス		有 ・ 無	
		1人暮らしの乳酸飲料サービス		有 ・ 無	
緊急時の連絡先	氏名	続柄	住所		電話番号
	①				自宅
					携帯
	②				自宅
携帯					
避難誘導に関する事項	身体状況 (視覚、聴覚、言語、認知症など)			避難誘導上の特記事項	
	例：肢体不自由のため寝たきりの状態			例：車イスが必要	
避難支援者	氏名	関係	住所		電話番号
					自宅
					携帯
					自宅
携帯					
※ 避難支援者に変更等が生じたときは必ず届け出てください。					