

# 災害時要援護者登録申請書 兼 個別支援プラン

平成 年 月 日作成

草津市長様

私は、草津市災害時要援護者避難支援プランに基づく災害時要援護者登録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、私が届け出た下記の個人情報をも市が、町内会組織(自主防災組織)、民生委員児童委員、社会福祉協議会、消防署に提出することを承諾します。

- ひとり暮らし高齢者    高齢者のみ世帯  
介護保険要介護1以上認定者(程度区分 )  
身体障害者    視覚障害者    聴覚障害者  
知的障害者    精神障害者    難病患者  
その他( )

|        |  |
|--------|--|
| 登録者情報  |  |
| 学(地)区  |  |
| 町内会名   |  |
| 避難場所   |  |
| 作成支援者名 |  |

## 【要援護登録者】

|                              |         |          |               |     |
|------------------------------|---------|----------|---------------|-----|
| (ふりがな)                       |         |          |               | 男・女 |
| 氏名                           | Ⓜ       |          |               |     |
| 住所                           |         |          |               |     |
| 生年月日(年齢)                     | 年 月 日 歳 | 電話       |               |     |
| 世帯構成(本人含)                    | 人( )    | FAX(メール) |               |     |
| 代理人申請の場合、代理人は以下に署名・押印してください。 |         |          |               |     |
| 代理人名                         | Ⓜ       |          | 登録者との関係       |     |
| 住所                           |         |          | 電話<br>FAX・メール |     |
| 居住建物の状況                      |         |          |               |     |
| 普段いる部屋の位置                    |         | 寝室の位置    |               |     |

## 【緊急時の家族の連絡先】

|            |    |               |  |
|------------|----|---------------|--|
| 氏名(続柄) ( ) | 住所 | 電話<br>FAX・メール |  |
| 氏名(続柄) ( ) | 住所 | 電話<br>FAX・メール |  |

## 【避難支援者】

|        |  |       |               |
|--------|--|-------|---------------|
| 氏名・機関名 |  | 関係・所属 |               |
| 住所     |  |       | 電話<br>FAX・メール |
| 氏名・機関名 |  | 関係・所属 |               |
| 住所     |  |       | 電話<br>FAX・メール |

【通所先の介護事業所、社会福祉施設等】

|     |  |               |  |
|-----|--|---------------|--|
| 機関名 |  | 担当者名          |  |
| 住所  |  | 電話<br>FAX・メール |  |

【かかりつけ医】

|          |  |               |  |
|----------|--|---------------|--|
| 機関名      |  | 担当医           |  |
| 住所       |  | 電話<br>FAX・メール |  |
| 携行する医薬品等 |  |               |  |

【緊急通報装置等の有無】

|  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 緊急通報システム設備の有無                          | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 災害福祉ネットサービスの有無                         | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| なしの場合 <input type="checkbox"/> 登録申請する。 |                             |                             |

【避難勧告等の伝達ルート】

|                             |        |
|-----------------------------|--------|
| ①市 → ②町内会( )⇒<br>③避難支援者⇒④本人 | 電話[ ]⇒ |
|-----------------------------|--------|

【登録者の状況】

|                 |  |
|-----------------|--|
| 生活の状況           | 1 介護を必要とせず、生活は自立している。<br>2 介護を要するが、日中はほぼ起きて活動できる。<br>3 介護を要するが、座ることが出来て、日中はほぼベッドで過ごす<br>4 介護を必要とし、1日中ベッドで過ごす |
| 情報伝達・避難誘導時の留意事項 |  |
| 避難先での留意事項       |  |
| その他の特記事項        |  |