

田原市災害時避難行動要支援者名簿登録申請書兼同意確認書

田原市長 殿

私は、災害対策基本法第49条の10の規定により田原市が作成する避難行動要支援者名簿に記録された私に関する情報のうち、以下（裏面を含む。）の個人情報を田原市消防本部、愛知県警察、民生委員・児童委員、田原市社会福祉協議会、自治会等に提供することに同意します。

本人氏名 （代理記載者 氏名 ）

① 要支援者（以下、必要事項を記入の上、該当する番号に○をつけてください。）

申請日	年 月 日		
住所 居所	〒	—	電話 ()
	(アパート名、部屋番号まで記入)		FAX ()
			携帯電話 ()
			Eメール ()
ふりがな 氏名	(男・女)	生 年 月 日	
		明・大・昭 ・平・令	年 月 日
要支援者 本人の状況	1 介護保険認定者 (要介護状態区分: 3 4 5)		
	2 障害者 (障害の種別: 障害の程度:)		
	3 65歳以上のひとり暮らし高齢者	ひとり暮らし 又は高齢者 のみの時間	① 全 日
	4 65歳以上の高齢者のみの世帯		② 時~ 時
	5 その他(具体的に)		
特記事項	具体的な身体等の状況		

② 家族・親戚等の連絡先

氏名	続柄	住所	〒 — 電話 () 携帯電話 ()
氏名	続柄	住所	〒 — 電話 () 携帯電話 ()

③ 地域支援者

あなたの避難などのお手伝いをしていただけるご近所の方のお名前を、下の欄にお書きください。その方へは、市も協力を依頼します。(見つからない場合は、空欄で提出してください。)

氏名	住所	〒 — 電話 () 携帯電話 ()
氏名	住所	〒 — 電話 () 携帯電話 ()

④一緒に住んでいる人（家族・同居人）の状況

フリ 氏	がな 名	続柄	年齢	フリ 氏	がな 名	続柄	年齢

⑤【要支援者の特記事項】該当する番号に○をつけ、必要事項を記入してください。

- 1 持病があります。
(病名：)
- 2 いつも飲んでいる（使っている）薬があります。
(薬の名前：)
- 3 かかりつけの医療機関があります。
(医療機関名： 電話 —)
- 4 目が悪いので、音声で呼び掛けてください。
- 5 耳が聞こえないので、筆談や手話で呼び掛けてください。
- 6 耳の聞こえが良くないので、大きな声で呼び掛けてください。
- 7 避難するときは「担架」が必要です。
- 8 避難するときは「車椅子」が必要です。
- 9 歩くことはできますが、避難所まで付き添いが必要です。
- 10 人工透析を受けています。
- 11 在宅酸素療法を受けています。
- 12 人工肛門、人工膀胱を使用しています。
- 13 ペースメーカーを使用しています。
- 14 避難所での生活に、特別な配慮が必要です。
(内容：)
- 15 食事に特別な配慮が必要です。
(内容：)
- 16 その他事前に知らせておきたいことや、配慮してほしいことなど。

[]