

(別記様式)

災害時要援護者登録申請書

申請日 年 月 日

直島町長 殿

私は、直島町災害時要援護者支援制度実施要綱の趣旨に賛同し、同要綱に規定する台帳への登録を申請します。
また、私が届け出た下記の個人情報及びそれをもとに作成した災害時要援護者台帳、個別支援計画等について、町長が支援をする上で必要と判断した場合は、地域支援者、消防団等防災関係機関及び警察署へ情報提供することに同意します。

名簿登録者

ふりがな			性別		
氏名			男・女	電話番号	(自宅) (携帯)
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	(歳)
住所	地区 ()		直島町	番地	申請理由
	直島町				
				(2) 65歳以上の高齢者世帯	
				(3) 介護保険法の要介護認定者のうち該当者	
				(4) 障害者手帳保有者のうち該当者	
				(5) その他災害時の支援が必要な者	
				備考	
代理記載 の場合	氏名	登録者との関係		住所	連絡先

緊急時の連絡先

※緊急時の連絡先は、相手方の承諾を得て記入してください。
※該当する方がいない場合は記入の必要はありません。

ふりがな			電話番号	(自宅) (携帯)
氏名			登録者との関係	
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日 (歳)
住所				

本人の状況 名簿登録される方の状況を記入してください。(該当するところに○をつけてください。)

1 階段の上り下り

<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 手すりが必要	<input type="checkbox"/> 杖が必要	<input type="checkbox"/> 不安はない
-----------------------------	---------------------------------	-------------------------------	--------------------------------

2 屋外の移動

<input type="checkbox"/> 担架が必要	<input type="checkbox"/> 車いすが必要	<input type="checkbox"/> 杖が必要	<input type="checkbox"/> 何も使わないが移動に時間がかかる	<input type="checkbox"/> 不安はない
--------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	---	--------------------------------

3 コミュニケーションの不安

<input type="checkbox"/> 視力	<input type="checkbox"/> 聴力	<input type="checkbox"/> 意思の伝達	<input type="checkbox"/> 避難支援者の指示の理解	<input type="checkbox"/> 不安はない
-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------

4 医療機器等の装着等、日常生活に必要な医療機器や治療

<input type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 在宅酸素療法	<input type="checkbox"/> 吸引器	<input type="checkbox"/> IVH	<input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう・鼻腔等)
<input type="checkbox"/> 人工透析	<input type="checkbox"/> 人工肛門	<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> インスリン注射
<input type="checkbox"/> その他()				

5 その他支援を受ける場合に配慮してほしいことや、心身の状態について記入してください。
また、アレルギー疾患をお持ちの方は内容を記入してください。

6 支援を受けたい時間帯(時間帯の希望がある方は、時間帯を記入してください。)

<input type="checkbox"/>	一日中支援が必要
<input type="checkbox"/>	次の時間帯だけ支援が必要です。(午前・午後 時から 午前・午後 時まで)

受付年月日	登録番号	新規登録日	情報更新日