

記入例

避難行動要支援者名簿 登録票

R3

町内会名

二丁目

ふりがな	みずほ たろう		生年月日	
氏名	瑞穂 太郎		大正・昭和・平成・令和 19 年 4 月 20 日生	
住所	〒190-1292 瑞穂町箱根ヶ崎2335番地		性別	男・女
			電話番号	042 — 557 — 0574
世帯の状況	<p>該当するものに○印をつけてください</p> <p>1 ひとり暮らし                      2 日中は家で1人                      3 障がい者世帯</p> <p>4 高齢者世帯(75歳以上の同居者がいる世帯)</p> <p>同居者氏名: _____ (関係 _____)</p> <p>同居者生年月日: _____ 大正・昭和 _____ 年 月 日生</p> <p>⑤ その他の世帯 世帯構成【 妻(75歳)、娘(48歳) 】</p>			
生活の場所	<input checked="" type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 長期入院中 <input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> その他( )			
緊急時の連絡先①	氏名: 瑞穂 はな子		関係: 長女	
	住所: 同上			
	電話: 090-234-5678		FAX:	
緊急時の連絡先②	氏名: 瑞穂 一郎		関係: 長男	
	住所: 瑞穂町〇〇1-2-3			
	電話: 042-555-0000		FAX:	
介護状態	自立(介護認定なし)    要支援1    要支援2 要介護1    要介護2    要介護3    要介護4    要介護5			
所持手帳	手帳なし			
	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( 1級 ) 障害名( 心臓機能障害 )			
	障害部位 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 平衡 <input type="checkbox"/> 音声言語 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 運動機能 <input checked="" type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> じん臓 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> ぼうこう <input type="checkbox"/> 直腸 <input type="checkbox"/> 小腸 <input type="checkbox"/> 免疫 <input type="checkbox"/> その他( )			
	愛の(療育)手帳 ( 度 )			
	精神障害者保健福祉手帳 ( 級 ) 有効期限( 年 月 日 )			
指定難病	病名:			

裏面もご記入ください。

本人の身体状況について	
普段の状況	1 1人で歩ける <input checked="" type="radio"/> 2 介助があれば歩ける 3 車いすを利用している 4 寝たきり 5 人工呼吸器使用 6 在宅酸素使用 7 人工透析 8 その他( )
住居について	1 一戸建て ( 平屋 <input checked="" type="radio"/> 2階建て 3階建て ) ア 家の中で主にいる場所 ( <input checked="" type="radio"/> 1階 2階 3階 ) イ 就寝する場所 ( <input checked="" type="radio"/> 1階 2階 3階 ) 2 共同住宅 ( 1階 2階 3階 4階 5階以上 ) 3 構造 ( <input checked="" type="radio"/> 木造 防火造 準耐火 耐火 不明 ) 4 玄関以外に避難できる出入り口 ( ある・ <input checked="" type="radio"/> ない )
かかりつけ医療機関	<医療機関名> ○○○病院 ( 主治医 ○○ ○○先生 ) ..... <所在地> ○○○ 区 <input checked="" type="radio"/> 市・町・村 ..... <電話> 042 - 123 - 4567 .....
その他留意事項	

※災害時に円滑な安否確認等をするために、登録内容に変更が生じた場合には、下記までご連絡ください。  
 高齢者福祉課 電話 042-557-7623 福祉課障がい者支援係 電話 042-557-0574

この内容は、大規模災害時にはご本人の同意に関わらず、避難支援等関係者に情報提供されます。ただし、災害が起こっていない時は、同意なく情報提供することはできません。(災害対策基本法第四十九条の十一)  
 災害が起こっていない時に、福生警察署、福生消防署、地域の民生委員・児童委員協議会、自主防災組織(町内会)、社会福祉協議会、消防団 に、情報提供をすることに同意しますか？

同意します

同意しません

令和 年 月 日

瑞穂町長様

氏名(本人の署名)

代筆者氏名

( 関係 )