

## 避難行動要支援者名簿 登録票

R3		町内会名	
ふりがな		生年月日	
氏名		大正・昭和・平成・令和 年 月 日生	
住所	〒 瑞穂町	性別	男・女
		電話番号	— —
世帯の状況	該当するものに○印をつけてください 1 ひとり暮らし                      2 日中は家で1人                      3 障がい者世帯 4 高齢者世帯(75歳以上の同居者がいる世帯) 同居者氏名: ..... (関係 ..... ) 同居者生年月日:                      大正・昭和                      年 月 日生 ..... 5 その他の世帯 世帯構成【 ..... 】		
生活の場所	在宅 ・ 長期入院中 ・ 施設入所中 ・ その他( ..... )		
緊急時の連絡先①	氏名:	関係:	
	住所:		
	電話:	FAX:	
緊急時の連絡先②	氏名:	関係:	
	住所:		
	電話:	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		
	身体障害者手帳 (    級) 障害名( ..... ) 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"/> そしゃく <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 運動機能 <input 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)		
指定難病	精神障害者保健福祉手帳 (    級) 有効期限(    年 月 日 )		
	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 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 2階建て 3階建て ) ア 家の中で主にいる場所 ( 1階 2階 3階 ) イ 就寝する場所 ( 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 ( 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 ・ ない )
かかりつけ医療機関	<医療機関名> ( 主治医 ) ..... <所在地> 区・市・町・村 ..... <電 話> — — .....
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 )