

銚子市避難行動要支援者名簿登録申請書兼台帳

□新規 □変更

申請年月日

年 月 日

銚子市長 様

同 意 欄	
私は、災害発生時における避難・安否の確認、その他の生命または身体の保護について地域の支援を受けたいので、避難行動要支援者台帳への登録を申し込みます。 また、私が届けた下記個人情報を銚子市地域防災計画に定める避難支援等関係者（市の関係課・室、委託型地域包括支援センター、地域の民生委員・児童委員、消防関係者、警察署、避難支援者）等に提供することに同意します。	
申請者氏名	代筆者氏名 ※申請者との関係()

申請者（支援が必要な方）	フリガナ			性 別	男 ・ 女
	氏 名				
	生年月日	年 月 日 （ 歳）		電話番号 ()	
	住 所	〒 銚子市 【町内会名： 】			
	メー ル アドレス	@			
	あてはまるものすべての番号に○を付けてください。				
	1	高 齢 者	75歳以上のひとり暮らし世帯、75歳以上の高齢者のみ世帯		
	2		要介護3以上		
	3	身 体 障 害 者	肢体不自由、視覚障害、聴覚障害、内部障害の1,2級の者		
	4	知 的 障 害	療育手帳 (A) 1 (A) 2 (A) A1 A2		
5	精 神 障 害 者	精神保健福祉手帳 1級			
6	難 病 患 者	難病者医療費受給証所持者			
7	その他市長が認める者 ()				
緊急連絡先①	フリガナ		申請者との関係	連絡のとれる電話番号	
	氏 名			()	
	住 所	〒			
緊急連絡先②	フリガナ		申請者との関係	連絡のとれる電話番号	
	氏 名			()	
	住 所	〒			

【避難支援者】※避難支援者了解のうえ、記入してください。

① 避難を支援 してくれる人	フリガナ		申請者との関係	連絡のとれる電話番号
	氏 名			()
	住 所	〒		
② 避難を支援 してくれる人	フリガナ		申請者との関係	連絡のとれる電話番号
	氏 名			()
	住 所	〒		
民生 担当地区 委員	氏 名		電話 ()	
	住 所	銚子市		

申 請 者 の 状 況	かかりつけ医①		電話番号		
	かかりつけ医②		電話番号		
	治療中の病気名 (例) ・糖尿病 ・心臓病 ・高血圧	①			
		②			
		③			
	<介護サービスの 利用状況>	介護保険サービス	1. 利用あり { 利用してるサービス 2. 利用なし {		
		障害福祉サービス	1. 利用あり { 利用してるサービス 2. 利用なし {		
		居宅介護支援事業所及び担当者名			
	居 住 の 状 況	1. 戸建て住宅 2. 共同住宅 / 1. 平屋 2. 2階建 3. 3階建以上			
	《身体状況》 あてはまるもの すべてに○を付 けてください。	1. 立つことや歩行ができない。 2. 耳の聞こえが良くない。(聞き取りにくい。) 3. 物が見えない。(見えにくい。) 4. 言葉や文字の理解が難しい。 5. 危険なことを判断できない。 6. 顔を見ても知人や家族とわからない。 7. 人工透析(血液透析、腹膜透析など)を行っている。 8. 人工呼吸器、酸素ボンベや酸素濃縮器が必要。 9. 痰吸引が必要。 10. 吸入器(ネブライザー)が必要。 11. その他、支援を受ける場合に配慮してほしいこと。 ()			
日 中 の 状 況	1. 日中も家族がいる 2. 日中は家族がいない				
災害情報の収集手段	1. 防災行政無線 2. 防災ラジオ 3. 防災メール 4. テレビやラジオ 5. その他 () 6. 情報を得る手段がない				
避 難 場 所					

※この台帳に関する情報は、要支援者の日常の見守り支援、災害時の安否確認、避難行動等の支援に役立てるものであり、それ以外の用途に使用したり、他に情報を流したりすることはいたしません。
 なお、名簿に登録されたことで必ずしも避難支援が受けられることを約束するものではありません。
 名簿登録の辞退や内容の変更がある場合は必ず、ご連絡をお願いします。(☎0479-24-8968)