

海士町災害時要援護者台帳(登録・変更)申請書

海士町長様

申請日 平成 年 月 日

私は、災害時において援護が必要なため、海士町災害時要援護者台帳への登録(変更)を申し込みます。

対象者(登録者)

氏名	印	男・女	住所	海士町
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日
家族状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者、障害者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 世帯内に介助者がいるが家族だけでは困難 <input type="checkbox"/> 世帯内に介助者がいるが、日中はいない <input type="checkbox"/> その他()			
申請者の区分	該当するものに レ 印をつけて下さい。 <input type="checkbox"/> 介護認定者 <input type="checkbox"/> 65歳以上の高齢者 <input type="checkbox"/> 身体障害者 (<input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 内部障害) <input type="checkbox"/> 療育手帳保持者 <input type="checkbox"/> 精神障害者手帳保持者 <input type="checkbox"/> 難病患者 <input type="checkbox"/> その他(支援を必要とする理由)			
支援内容	避難するにあたり、どのような支援が必要ですか。該当するところに レ 印をつけて下さい。 <input type="checkbox"/> 誘導してくれる人がいれば歩いて避難できる。 <input type="checkbox"/> 杖または誰かの支えがあれば歩いて避難できる。 <input type="checkbox"/> 車いすがないと避難できない。 <input type="checkbox"/> 誰かに運んでももらわないと避難できない。			
支援を受ける場合に配慮して欲しいことや、心身の状態などを記入して下さい。				

町内支援者の連絡先(支援者了解の上記入して下さい。)

※支援者がいない方は、書かなくても結構です。

順位	住所	氏名	電話番号	申請者との関係
1	海士町		2-	
2	海士町		2-	
3	海士町		2-	

家族等の連絡先(町外に住んでいる方も含みます。)

※親族がいない方は、書かなくても結構です。

住所	氏名	電話番号	申請者との関係
		()	
		()	
		()	

同意書

私は、災害時における支援や日頃の見守り活動などのために、上記の記載事項について、町の関係部署、防災関係機関、民生児童委員、各区自治会等に情報提供されることに同意します。

申請者氏名

申請者署名が代筆の場合は、下記に代理人の住所氏名等をご記入の上、押印して下さい。

住所 〒 -

代理人氏名

印 (続柄)

電話番号 ()
