

横瀬町長 様

### 横瀬町避難行動要支援者名簿登録申請書

私は、横瀬町避難行動要支援者支援制度の趣旨に賛同し、横瀬町避難行動要支援者名簿への登録を申請します。

また、下記の個人情報について、町（災害対策本部含む）、地域支援者及び行政区、自主防災組織、民生委員・児童委員、ケアマネジャー、地域包括支援センター、社会福祉協議会、消防団等の支援機関並びに消防署、警察署等の関係機関へ必要に応じて、災害時の避難支援及び平常時の見守り活動に情報提供されることに同意します。

ふりがな  氏 名	性 別		男 ・ 女		
	自宅電話番号				
	携帯電話番号				
生年月日	大・昭・平 年 月 日生	年齢	歳	血液型	型
住 所	〒368-007 横瀬町大字		地区 および 行政区	第 区	
家族構成・ 同居状況等	氏 名		申請者との続柄	居住建物の 構造	・木造・鉄筋コンクリート造 ・その他（ ） ・平屋建て ・2階建て ・3階建て以上
	①				
	②				
	③				
	④				
1 本人の身体状況 (該当する番号を○で囲んでください。)	(1) 寝たきり      (2) 手が不自由      (3) 足が不自由 (4) 目が不自由      (5) 耳が不自由      (6) その他（ ）				
2 要介護度および障害の程度  ( (1)～(9)の該当する番号を○で囲んでください。(10)の場合は、その状態を記入してください。 )	(1) 要介護3・4・5の認定を受けている方 (2) 身体障害者手帳1級・2級を有する方 (3) 療養手帳 (A) ・Aを有する方 (4) 精神障害者保健福祉手帳1級を有する方 (5) 満75歳以上の独居の高齢者または高齢者のみで構成する世帯 (6) 妊産婦 (7) 乳幼児 (8) 難病患者 (9) 日本語の理解が十分ではない在住外国人等 (10) (1)～(5)に準じる状態の方で特に災害時の支援が必要と認められる方 (状態： )				
3 受けたい支援の内容  (番号を○で囲んでください。(2)(3)の場合には、車いすを必要とするか否かについても○を付けてください。)	(1) 安否確認のみで良い。(避難時の災害情報の伝達を含む。) (2) 避難場所まで付き添ってほしい。(車いすは 必要 ・ 不要 ) (3) 車などで避難場所まで搬送してほしい。(車いすは 必要 ・ 不要 ) (4) その他（ ）				

4 かかりつけの医療機関	①医療機関名		担当医	
			電話番号	
	治療中疾患		服薬名等	
	②医療機関名		担当医	
			電話番号	
	治療中疾患		服薬名等	
5 緊急通報システムの有無	有り [ 町 ・その他 ( ) ] ・無し			
6 緊急時の家族または親族の連絡先	氏名	申請者との関係	住所	電話番号 (携帯電話番号)
			〒	
			〒	
			〒	
			〒	
7 特記事項および現況について	*災害時に参考となる身体の状況や必要とする保健・医療・福祉サービス等を記入してください。  (記載例) 耳元で大声で話さないと伝わらない。等			
(該当する□に☑してください。)	<input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 人口呼吸器装着 <input type="checkbox"/> 血液・腹膜透析 <input type="checkbox"/> 車いす利用 <input type="checkbox"/> 配食サービス利用 <input type="checkbox"/> 紙おむつ受給 <input type="checkbox"/> 介護保険利用			
8 居宅介護支援事業所名			電話番号	
			ケアマネ	
9 地域支援者の連絡先	氏名	申請者との関係	住所	電話番号 (携帯電話番号)
			大字	
			大字	
			大字	
			大字	
10 担当民生委員・児童委員名			電話番号 (携帯電話番号)	