

避難行動要支援者登録申請書兼台帳 (個別計画)

年 月 日

下諏訪町長 様

私は、災害時の支援活動に役立てるため避難支援等関係者が行う事前対策の検討や防災訓練、災害時における支援又は円滑な支援活動のための日常の見守り活動等のため、この申請書兼台帳 (個別計画) に登録し、私の情報を用いることに同意します。

項 目	届出内容					
支援を必要とする本人	ふりがな			電話番号		
	氏 名			FAX番号		
				携帯電話		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳) 男・女 平・令				
	住 所	〒 ー		第 ー 区 町内会名： (担当民生委員名：)		
	要支援者が一人になる時間帯	時から	時まで	血液型	RH + ・ - 型	
主たる同居家族等	氏 名		続 柄	氏 名		
緊急時の第1連絡先			緊急時の第2連絡先			
ふりがな		本人との続柄	ふりがな		本人との続柄	
氏 名			氏 名			
住 所 〒 ー			住 所 〒 ー			
電話番号	ー ー	携帯番号	ー ー	電話番号	ー ー	
FAX番号	ー ー			FAX番号	ー ー	
避難支援者 1			避難支援者 2			
氏 名		本人との続柄 ()	氏 名		本人との続柄 ()	
住 所			住 所			
電話番号:	ー ー		電話番号:	ー ー		

対 象	介護認定(要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5) ・ 身体障がい者(1級 ・ 2級) 療育A ・ 精神障害者(1級 ・ 2級) ・ その他 ()
申請理由等	支援活動を円滑に進めるため、身体の状態・必要な補助器具など具体的に記入してください。
避難勧告等の伝達者・伝達方法・問い合わせ先	
避難所までの経路図 避難場所：() 避難所：()	

通所介護先 (デイサービス・デイケア等)			
通所機関		担当者名	
住 所		電話番号	
医 療 機 関			
医療機関名		主治医名	
住 所		電話番号	
治療中の病気 (疾患名)			
携行する医薬品等			