

記載例

NO.

災害時要援護者支援台帳 登録申請書兼同意書

記入不要

(あて先)大阪市 住吉区長

私は、災害時における安否確認及び避難行動の支援を受けるため、災害時要援護者支援台帳への登録と個別支援プランの作成を申し込むとともに、本申請書によって届け出た個人情報を、住吉区役所が住吉消防署、住吉警察署、住吉区社会福祉協議会、各地域活動協議会に提供し、及び、各地域活動協議会に提供する要援護者マップの作成に協力していただくことについて、ご同意を申し上げます。ご記入のうえ、お申し込みください。

登録を希望されるか希望しないか、どちらかにチェックを入れてください。表面は必ずご記入ください。

申請書を記入した日付

申請日 平成 31年 3月 1日

同意して登録を希望します (checked) / 登録を希望しません

※登録を希望しない方は、その理由にチェックを入れ、本人欄へのご記入をお願いします。

- 自力で避難できる
地域の人に個人情報を知られたくない
家族等と同居中のため必要がない
施設入所(または入院)しているので、地域の支援は必要ない
その他

【本人】

本人情報欄: ふりがな(おおさか たろう), 氏名(大阪 太郎), 生年月日(明・大・昭・平・西暦 5年2月5日), 住所(〒558-0041 大阪市住吉区南住吉3丁目15番55号すみよしマンション555号), 電話(06)0000-0000, 携帯電話(090)0000-0000

【代筆者】 本人が記入できない場合

代筆者情報欄: ふりがな(おおさか じろう), 氏名(大阪 次郎), 本人との関係(長男), 住所(〒558-0011 大阪市住吉区苅田10丁目12番7-101号), 電話(06)0000-0000, 携帯電話

代筆可
申請者本人による記入が難しい場合、ご家族やケアマネジャー、民生委員の方などが代わりにご記入いただくなどの対応をお願いします。

※表面は必ずご記入ください。同意して登録される方は、裏面の記入もお願いします。

【世帯の状況】該当する番号に○をつけ、必要事項をご記入ください

1. 一人暮らし	<input checked="" type="radio"/> 75歳以上の高齢者だけで暮らしている			
3. 家族と同居している	4. その他（グループホームに入居・妊婦がいる・小さな子どもがいる など）			
同居家族	氏名(続柄)	年齢	氏名(続柄)	年齢
(1)人				

【避難の状況】あてはまる番号に○をつけてください

<input checked="" type="radio"/> 1. 避難する時は介助が必要 【杖歩行 <input checked="" type="radio"/> 車いす・担架・その他()】	災害時の支援や日頃の見守り活動の参考になりますので、申請者の現在の状況について、差支えのない範囲でお答えください。
2. 歩くことはできるが、避難所まで付き添いが必要	
3. 一人で避難できるが、避難が必要な時は知らせてほしい	

【本人の特記事項】該当する番号に○をつけ、必要事項をご

<input type="radio"/> 目が悪い	<input checked="" type="radio"/> 耳が聞こえにくい
<input type="radio"/> 耳が聞こえないので筆談手話で話しかけてほしい	<input type="radio"/> ことばを理解するのが苦手
<input type="radio"/> 人とコミュニケーションをとるのが苦手	<input type="radio"/> じっとするのが苦手
<input type="radio"/> 食事に特別な配慮が必要【軟食・流動食・経管栄養・胃ろう・	連絡方法や訪問希望日など特に配慮が必要な場合はこちらにご記入ください。
<input checked="" type="radio"/> 精神が不安定（幻覚・幻聴・ <input checked="" type="radio"/> イライラする 眠れない）	
<input checked="" type="radio"/> 地域の方が訪問する際に配慮して欲しいこと（訪問前に電話連絡欲	

〔 火曜日と木曜日はデイサービスに行っているの、訪問はそれ以外にしてほしい。 〕

【緊急連絡先】

ふりがな 氏名	本人との関係	住所	電話
おおさか じろう 大阪 次郎	長男	苅田10丁目12番7-101号	06-0000-0000
おおさか すみこ 大阪 すみ子	長女		

ご家族や友人、マンションの管理事務所、事業所、医療機関など、申請者に何かあったときの緊急連絡先をご記入ください。

【医療情報】かかりつけの医療機関など

医療機関名(おおさか○△医院)	医療機関名()
電話 (06-0000-0000)	電話 (- -)
持病 糖尿病	いつも飲んでいる薬が (<input checked="" type="radio"/> ある ・ <input type="radio"/> ない)
医療機器等 酸素ボンベ・ストマ・注射器(インシュリン)・その他()	

【介護サービス等関わりのある事業所】ケアマネジャー・相談支援

事業所名	事業所住所	携帯
ケアプランセンター すみよし	苅田10-11-1	090-0000-0000
ふりがな 担当者名	みまもり はなこ 見守り 花子	

ケアマネジャー、相談支援専門員のお名前と事業所名などをご記入ください。