

平成 年 月 日

災害時要援護者台帳（登録申請）

小郡市長 殿

私は、災害発生時に災害時要援護者として避難支援を受けるため、必要な個人情報を災害時要援護者台帳に登録し、市、自治会、自主防災組織、消防団、民生委員その他必要な関係者へ情報提供することに同意します。

災害時要援護者本人の氏名： _____ ⑩

※本人が直筆できない場合は、代理人の方の署名が必要です。

代理人の氏名 _____ ⑩ 本人との関係 _____

代理人の住所 _____

ふりがな 氏名	生年 月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	性別	男・女	血液型	A・B O・AB
住所	小郡市	行政区	電話番号 (携帯電話)			
居住の状況 身体 の状況 ※該当するもの全 てに○を付けてく ださい。	①一人暮らし ②高齢者のみ世帯 ③寝たきり ④認知症 ⑤人工透析 ⑥身体障害者手帳 級 ⑦療育手帳 A・B ⑧精神障害者手帳 級 (障害名：視覚・聴覚平衡・上肢・下肢・体幹・移動・その他 _____) ⑨要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2 ⑩その他 _____					
緊急時の家 族、親族等 の連絡先	氏名	続柄	住所	電話番号		
家族構成 ※本人を含む。	人		救急医療情報キット事業 (社会福祉協議会)	あり・なし		
避難支援を受け るにあたって、 特に伝えておき たいこと等	(例) 車いす、ストレッチャー等の移動用具と援助者が必要 (例) 常時使用する医療機器(人工呼吸器、酸素ボンベなど)、医薬品が必要					

災害時要援護者個別支援プラン

※個別支援プランは災害時要援護者本人が記入するものではありません。

居住建物の構造	平屋建て・二階建て 高床式・集合住宅 その他_____	居住の間取り	
普段いる部屋			
寝室の配置			
緊急時の連絡先	氏名・施設名	連絡先	
担当の民生委員			
担当のケアマネージャー			
かかりつけの病院			
利用している介護施設			
その他			
最寄りの避難場所			
避難支援者	氏名	住所	電話番号
※要援護者本人の承諾を得た上で、優先順番で3名まで記入してください。			
その他特記事項			

この台帳及び個別支援プランに記載されている個人情報、災害発生時に災害時要援護者の生命等の安全の確保を図ることのほか、平常時からの避難支援体制の整備に利用するものであり、それ以外の目的で使用し、第三者に提供することを禁止します。

小郡市 協働推進課 防災安全係 72-2111(内線 253)