

甲賀市避難行動要支援者同意者名簿登録申請書

		No.		※この欄は記入不要です。					
フリガナ	コウカ フクタロウ		生年月日	(明・大・昭・平・令)					
氏名	甲賀 福太郎			〇〇年 〇月 〇日					
電話番号	0748-65-△△△△	携帯番号	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇	FAX番号					
避難時支援	<input type="checkbox"/> 支援必要 <input checked="" type="checkbox"/> 一部支援必要 (*内容については欄外をご覧ください)		<input type="checkbox"/> 声かけ支援	<input type="checkbox"/> 現在は支援不要					
区分①	<input type="checkbox"/> 一人暮らし(75歳以上)		<input checked="" type="checkbox"/> 高齢世帯(75歳以上)	<input type="checkbox"/> その他					
区分②	<input type="checkbox"/> 寝たきり		<input type="checkbox"/> 認知症	<input type="checkbox"/> 難病	<input type="checkbox"/> 身体障がい				
	<input type="checkbox"/> 精神障がい		<input type="checkbox"/> 知的障がい						
その他	<input type="checkbox"/> 車椅子使用		<input checked="" type="checkbox"/> 杖使用	<input type="checkbox"/> 日中一人暮らし	<input type="checkbox"/> 介護保険利用者				
	<input type="checkbox"/> 配食サービス利用者		<input type="checkbox"/> ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 視覚障がい	<input type="checkbox"/> 聴覚障がい				
居宅介護支援事業所		事業所名	〇〇ケアプランセンター		電話番号	0748-66-△△△△			
		ケアマネジャー	福祉 花子						
世帯構成	① 氏名	甲賀 薬子	続柄	妻	性別	女	連絡先	0748-65-△△△△	
	② 氏名		続柄		性別		連絡先		
	③ 氏名		続柄		性別		連絡先		
	④ 氏名		続柄		性別		連絡先		
緊急時の連絡先	① 住所	氏名	水口 城美	続柄	子	性別	女	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-△△△△
			〒〇〇〇-△△△△					FAX番号	〇〇〇〇-〇〇-△△△△
			〇〇市〇〇町△△△111-〇〇					携帯番号	090-△△△△-〇〇〇〇
	② 住所	氏名	土山 茶子	続柄	子	性別	女	電話番号	〇〇〇〇-△△-〇〇〇〇
			〒△△△-〇〇〇〇					FAX番号	〇〇〇〇-△△-〇〇〇〇
			〇〇市△△町〇〇222-△△△					携帯番号	080-△△△△-〇〇〇〇

該当する項目にチェックしてください

* 避難時支援について

- 支援必要・・・支援がないと避難できない
- 一部支援必要・・・簡単な支援(介助)があると避難できる
- 声かけ支援…避難時等に声をかけてもらえば一人で避難できる
- 現在は支援不要・・・今のところ支援(介助)がなくても一人で避難できる

支援者・協力員	①	氏名	甲南 忍男	続柄	隣近所	性別	男	電話番号	
		住所	〒528-0000 甲賀市水口町水口◇◇番地					連絡先	
		氏名	信楽 陶吉	続柄	隣近所	性別	男	電話番号	0748-65-0□□0
	②	住所	〒528-0000 甲賀市水口町水口△△番地					FAX番号	0748-65-0□□0
かかりつけの医療機関		医療機関名	〇〇医院			電話番号	0748-65-◇◇〇〇		
		治療中の疾患	消化器疾患			診療科名	内科		
		使用薬、用量	@@@薬 10mg						
避難時に必要とする支援の内容 (記載例：移動に車椅子が必要)									
<ul style="list-style-type: none"> 歩行時には杖が必要。 									
情報伝達での留意事項 (記載例：ゆっくりと話さないと聞き取れない)									
<ul style="list-style-type: none"> 視力低下のため文字が見えにくい。 									
避難先での留意事項 (記載例：集団での生活ができない)									
住居建物の構造			普段いる部屋			寝室の位置			
(記載例) 木造 2階建て			1階 居間			2階 階段正面の部屋			
木造 2階建て			1階 居間			2階 階段左の部屋			

ご近所の方や地域でかかわりのある方と相談しできるだけ記入してください。

お薬手帳等のコピーを添付していただいてもかまいません。

※ ご記入にあたってご不明な点がございましたら、以下までお問い合わせください。

【お問い合わせ先】

甲賀市役所 福祉医療政策課 電話 0748-69-2155