

(様式2)

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								生年月日		(明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令) 年 月 日			
氏 名													
電話番号				携帯番号				FAX番号					
避難時 支 援		☐ 支援必要 ☐ 一部支援必要 ☐ 声かけ支援 ☐ 現在は支援不要 (*内容については欄外をご覧ください)											
区分①		☐ 一人暮らし (75歳以上) ☐ 高齢世帯 (75歳以上) ☐ その他											
区分②		☐ 寝たきり ☐ 認知症 ☐ 難病 ☐ 身体障がい ☐ 知的障がい ☐ 精神障がい ☐ その他											
その他		☐ 車椅子使用 ☐ 杖使用 ☐ 日中一人暮らし ☐ 介護保険利用者 ☐ 命のバトン ☐ 配食サービス利用 ☐ ペースメーカー ☐ 在宅酸素・人工呼吸器利用 ☐ 人工透析											
居宅介護支援事業所				事業所名				電話番号					
				ケアマネジャー									
世帯 構 成	①	氏名	続柄				性別		連絡先				
	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	氏名	続柄				性別		電話番号				
		住所	〒						連絡先	FAX番号			
	②	氏名	続柄				性別		電話番号				
		住所	〒						連絡先	FAX番号			
								連絡先	携帯番号				
								連絡先	携帯番号				

* 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		続柄		性別		連絡先	電話番号	
		住所	〒						FAX番号	
							携帯番号			
	②	氏名		続柄		性別		連絡先	電話番号	
		住所	〒						FAX番号	
									携帯番号	
かかりつけの医療機関	医療機関名						電話番号			
	治療中の疾患						診療科名			
	使用薬、用量									
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)										
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)										
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			
階建て			階				階			

※ 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 地域共生社会推進課 電話 0748-69-2155