

様式第1号（第4条第1項）

神崎町災害時要援護者登録申請書

（あて先）神崎町長

私は、災害発生時に支援を受けたいので、神崎町災害時要援護者登録台帳への登録を申し込みます。私が届け出た下記の個人情報が、町の関係部署、成田市消防本部、警察署、社会福祉協議会、担当の民生委員・児童委員及び地域支援者に提供されることに承諾します。

平成 年 月 日

本人又は代理人 \_\_\_\_\_ 印

地区名		担当民生委員・児童委員名	
要 援 護 者	区分	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし高齢者 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 要介護者 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> その他 (            )	
	住所	神崎町	電話番号 — —
	(フリガナ) 氏名	( 男・女 ) 血液型(    )	生年月日 M・T 年 月 日 S・H
	家族状況・同居状況等		
緊 急 連 絡 先	住所		
	(フリガナ) 氏名	続柄または関係	電話番号
	住所		
	(フリガナ) 氏名	続柄または関係	電話番号

協力員	住所		
	(フリガナ) 氏名	続柄または関係	電話番号
	住所		
	(フリガナ) 氏名	続柄または関係	電話番号
	住所		
	(フリガナ) 氏名	続柄または関係	電話番号
健康状態等	健康状態 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車椅子使用 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> その他(                      )	かかりつけ医 _____ (診察券番号) _____	
	介護及び障害の状況 (等級及び区分)	保険証種類 _____ 保険証番号 _____	
特記事項	<input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 介護保険利用者 <input type="checkbox"/> 緊急通報装置 <input type="checkbox"/> 紙おむつ助成 <input type="checkbox"/> 福祉タクシー助成 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 上記以外 (                      )		
【避難誘導時の留意事項】			
【避難先での留意事項】			
【備考】			