避難行動要支援者避難支援登録申請書兼登録台帳（個別計画）

石岡市長

作成日 年 月 日

太枠の内側をご記入ください

区分（※必ず○で囲んでください）【一人暮らし高齢者 高齢者高世帯 、要介護者・障がい者・日中一人・妊産婦・乳児・難病患者】			
登録者の氏名住所等			
氏名	石岡 一郎	性別	男 ・女
住所及び居所	石岡市石岡 1-〇〇-1	世帯主からみた続柄	本人
電話番号	0299-23-〇〇△△ 080-1100-〇△◆◇	生年月日	S15 年 1 月 1 日
緊急時連絡先			
氏名	続柄	住所	電話番号
石岡 太郎	長男	石岡市柿岡 11〇△	090-8310-△△〇〇
八郷 花子	長女	東京都千代田区	090-1090-□〇□〇
かかりつけの医院・病院名	石岡中央病院		電話番号 0299-〇〇-◎☆◇◇
ケアマネジャー （または相談支援専門員）	事業所名 担当者名	にこにこケア 田中	電話番号 0299-22-〇◇△〇
世帯構成・同居状況（世帯主から）			
氏名	続柄	勤務先・連絡先	先
石岡 梅子	妻		
一時避難場所 [〇〇公園] 最も近い避難 [石岡第一高等学校]			
地域支援者（安否確認、避難支援をして貰えるご近所さん）			
氏名	住所		電話番号
柿岡 三男	石岡市石岡 1-〇△-5		0299-23-☆◇□〇
城南 ハナ	石岡市石岡 1-〇〇-29		080-1409-△△☆〇
特記事項	<p>あてはまるものを○で囲んでください。</p> <p>移動：①自立歩行で問題なし ②つたい歩き ③杖 ④車いすく自操・介助></p> <p>聴力：①普通 ②大きい声なら聞こえる ③ほとんど聞こえない<補聴器 有・無></p> <p>その他 避難時に気をつけること等（人工透析や必要な医療的支援等）</p> <p>血圧の薬を飲んでいる</p> <p>週2日（月・木）デイサービス（ケアホームいしおか）</p>		

一時（いつとき）避難場所とは、自宅が危険だと感じた際に一時的に身を守るための場所です。公的な施設でなく〇〇さん宅等でも大丈夫です。

※この登録台帳に関する情報は、災害発生時に地域の支援を目的とするものであり、それ以外の用途に使用したり、他に情報を洩らすことはありません。

私は、避難行動要支援者登録制度に賛同し、同制度に登録いたします。また、私が登録した個人情報をも市関係機関及び市社会福祉協議会、民生委員、地域支援者、自主防災組織などの関係機関に提供することを承諾します。

氏名