**避難支援プラン登録申請書**

**記入例**

令和　　年　　月　　日

甲良町長　様

私は、甲良町避難行動要支援者避難支援計画の趣旨に賛同し、避難支援プランに登録することを

希望します。また登録を希望する場合、私が届け出た下記の個人情報を町が自治会（区）、自主防災組織、民生児童委員に提出することを承諾します。

**代筆の場合は本人の名前と代筆者の**

**名前、続柄を記入し、押印して下さい**

氏名　　　甲良　太郎　　　　　　　　　印

代筆者　　甲良　花子　　　印(続柄)

**太枠内は必ず記入してください**

|  |  |
| --- | --- |
| 自治会名 | 在士 |
| 氏名　　 | 甲良 太郎 | 男・女 | 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成〇〇年　〇月　〇〇日 |
| 血液型 | A B O AB Rh( 　+ -　) |
| 住所 | 甲良町大字 在士357-1 | TEL | 〇〇-〇〇〇〇 |
| FAX |  |
| 緊急時の連絡先 | ﾌﾘｶﾞﾅ | ｺｳﾗ 　　 ﾌｼﾞｵ | 続柄 | 子 |
| 氏名 | 甲良　藤男 |
| 住所 | 甲良町〇〇-〇 | TEL | 〇〇-〇〇〇〇 |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | ｺｳﾗ　 ﾊﾅｺ | 続柄 | 子 |
| 氏名 | 甲良　花子 |
| 住所 | 甲良町〇〇-〇〇 | TEL | 〇〇-〇〇〇〇 |
| 援助の内容 | Ａ　　　　　　Ｂ　　　　　　Ｃ |
| **希望する援助内容に〇をつける**Ａ・・・（例）車イス等のため、避難に介助が必要Ｂ・・・（例）足腰が弱く、あるいは身体が虚弱で、避難先まで同行が必要Ｃ・・・（例）自力で避難可能と思われるが、一人暮らしのため安否確認・声かけが必要 |
| 同居の家族ご家族と同居している場合は記入氏名　　　　　　　　　　　　（続柄）　　　　氏名　　　　　　　　　　　　（続柄）　　　　氏名　　　　　　　　　　　　（続柄）　　　　氏名　　　　　　　　　　　　（続柄）　　　　 | 住居情報家での生活状況を記入普段いる部屋　　　　　　　　　　　寝室の位置　　　　　　　　　　　　 |
| 特記事項**裏面に続く** |
| 避難支援者※1 | ① | ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 氏名 | 　　　TEL |
| 住所 |  |
| ② | ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 氏名 | TEL |
| 住所 |  |

※1　同居家族、同一組内、ご近所の方等、掲載の許可をもらってご記入ください。

**同居家族、同一組内、ご近所の方**等、普段から見守りや、

いざという時に速やかに支援して頂ける方を記入してください。

※記入できない場合は、空欄で提出してください

１　災害時要援護者本人情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病院名 | 〇〇病院　　　　　　　　　TEL　〇〇-〇〇〇〇 | 主治医名 | 〇〇先生 |
| 主な治療中　　の病気 | 疾患名 | 治療内容 | 備考 |
| 心筋梗塞 | 服薬管理・内服 | 月1回受診 |
| 肺気腫 | 内服・酸素吸入 | 月1回受診 |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 最低限必要な薬**※風邪薬等は除く** | 薬名 | 服薬時間 | 作用 |
| ワーファリン | 朝　・昼・　夕 | 血液を固まりにくくするため傷をつくらない |
|  | 朝　・昼・　夕 |  |
|  | 朝　・昼・　夕 |  |
|  | 朝　・昼・　夕 |  |
| 補装具及び医療的ケアに必要な物品 | 商品名 | サイズ等 | 取扱先電話番号 |
| 酸素ボンベ | キャスター付き　5ℓ | 〇〇-〇〇〇〇 |
|  |  | **避難生活等で最低限必要な薬・物品を記入** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 福祉サービス提供者名 |  | 〇〇居宅介護支援事業所TEL 〇〇-〇〇〇〇 |
| ② | TEL |

**※　記入できない箇所は空欄で提出してください。**

２　その他