**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