**避難支援プラン登録申請書**

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。

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

代筆者　　　　　　　　　　印(続柄)

1.﷒登録者情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自治会名 |  | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | 男・女 | 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成  年　　月　　　日 |
| 血液型 | A B O AB Rh( 　+ -　) | |
| 住所 | 甲良町大字 | | | | | | TEL |  |
| FAX |  |
| 緊急時の  連絡先 | ﾌﾘｶﾞﾅ | | |  | | | 続柄 |  |
| 氏名 | | |  | | |
| 住所 | | |  | | | TEL |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | |  | | | 続柄 |  |
| 氏名 | | |  | | |
| 住所 | | |  | | | TEL |  |
| 援助の内容 | Ａ　　　　　　Ｂ　　　　　　Ｃ | | | | | | | |
| 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  氏名　　　　　　　　　　　　（続柄）  氏名　　　　　　　　　　　　（続柄）  氏名　　　　　　　　　　　　（続柄）  氏名　　　　　　　　　　　　（続柄） | | | | | | | 住居情報  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、許可をもらってご記入ください。

2. 通院・薬・必要物品・サービス利用状況

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病院名 | TEL | | | 主治医名 | |  |
| 主な治療中  　　の病気 | 疾患名 | | 治療内容 | | | 備考 |
|  | |  | | |  |
|  | |  | | |  |
|  | |  | | |  |
|  | |  | | |  |
| 最低限  必要な薬  **※風邪薬等は除く** | 薬名 | | 服薬時間 | | 作用 | |
|  | | 朝　・昼・　夕 | |  | |
|  | | 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 | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
| 福祉サービス  提供者名 | ① | TEL | | | | |
| 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