

八重瀬町災害時要援護者登録申請書

年 月 日

八重瀬町長 あて

私は、八重瀬町災害時要援護者として登録を受けたいので申請します。また、この申請書に記載した情報を町の福祉所管課及び防災所管課で管理するほか、社会福祉協議会、私の居住する区域の民生・児童委員、島尻消防、清掃組合に提供することに同意します。

申請者 (要援護者) 情報	ふりがな 氏名		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)	性別 男・女	
	住 所	八重瀬町字		電話番号		
				FAX 番号		
	特記事項	(本人の状況、災害等の避難時に参考となることや考慮してほしいこと等を記入してください)			同居の 家 族	<input type="checkbox"/> 一人住まい <input type="checkbox"/> 本人含め__人
					住宅の 状 況	<input type="checkbox"/> 台風時避難必要 <input type="checkbox"/> その他()
	かかりつけ医・病院					
	対象区分 (該当する番号にV印を付けてください。)					
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳保持者 (部位:) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳保持者 <input type="checkbox"/> 療育手帳保持者 <input type="checkbox"/> 要介護認定・要支援認定を受けている <input type="checkbox"/> その他自力で避難することが困難な者 (具体的に:)					
	緊急通報システム	有・無	自立歩行の状態	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 介助要する <input type="checkbox"/> 不可		
	地域支援者	ふりがな 氏名	住所	電話番号		
ふりがな 氏名		住所	電話番号			
緊急時連絡先	ふりがな 氏名	住所	電話番号			
	ふりがな 氏名	住所	電話番号			
署名(必ずどちらかにご記入下さい)	本人署名					
	代理人署名 ※本人が「署名できない」「未成年」など 関係() の場合は、代理人の署名が必要です。					

【注意事項】

- 1 地域支援者、緊急時連絡先の情報は、関係機関等に提供されるため、本人の同意を得た上でご記入ください。
- 2 関係機関等の職員等が登録後に要援護者を訪問し、現在の状況を確認することがあります。
- 3 要援護者に対する支援は、地域の助け合いによって行われるもので、災害の状況によっては支援が必ずしも保証されるものではありません。また、支援者が責任を負うものでもありません。