

串本町災害時要援護者登録申請書

令和 年 月 日

串本町長 様

私は、災害時要援護者支援制度の趣旨に賛同し、次のとおり同制度の台帳に登録することを申請します。
 また、私が届け出た下記個人情報を町の関係部署、消防署、警察署、社会福祉協議会、自治会、消防団、自主防災組織、民生委員・児童委員及び地域支援者の方に情報提供されることに同意します。

申請者	ふりがな		要援護者との関係
	氏名	⑩	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他()
	住所	〒 -	電話番号

要援護者	ふりがな		生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	
	氏名		性別	男 ・ 女	
	住所	〒 - 串本町	連絡先	自宅電話	
				携帯電話	
				F A X	
				Eメール	
区分	1 介護認定者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 2 65歳以上の高齢者 <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 3 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級 [障害の状況 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 内部障害] 4 療育手帳 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 5 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 6 1～5の他登録を希望する人(支援を必要とする理由:)				
自治会名		民生委員・児童委員名			

緊急時の連絡先※	氏名	続柄	住所	電話番号

地域支援者※	氏名	続柄	住所	電話番号

特記事項	(援護を受ける場合に配慮してほしいことなどを記入してください)
------	---------------------------------

※ 緊急時の連絡先と地域支援者については、事前に同意を得てから記入してください。
 ※ 地域支援者の同意を得ることができない場合は、空欄のまま提出してください。

台帳登録日	整理番号	地区	
-------	------	----	--

◎ この用紙に記入のうえ、串本町役場福祉課に提出してください。