

串本町災害時要援護者登録申請書

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	(印)		<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			明治・大正・昭和・平成		
	氏名			年 月 日		
				性 別		男・女
	住所	〒 -		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	
-------	--	------	--	----	--

串本町災害時要援護者登録申請書

△△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	くしもと いろろう		要援護者との関係		
	氏名	串本 一郎 印		<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> その他(子)		
	住所	〒△△-△△ 串本町串本△△△番地		電話番号 ○○○○-○○-○○○○		
要援護者	ふりがな	くしもと たろう		生年月日	明治・大正・ 昭和 ・平成	
	氏名	串本 太郎		性別	男 ・女	
	住所	〒△△-△△ 串本町串本△△△番地	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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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	△△△区	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	
	串本 一郎	子	串本町串本○○○番地		○○-○○○○	
	串本 花子	子	串本町潮岬○○○番地		○○-○○○○	
	串本 光男	兄	串本町古座○○○番地		○○-○○○○	
地域支援者※	氏名	続柄	住所		電話番号	
	和歌山 太郎	△△	串本町串本○○○番地		○○-○○○○	
	紀州 花子	△△	串本町大島○○○番地		○○-○○○○	
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	
-------	--	------	--	----	--