

### 災害時要援護者登録申請書兼登録台帳

(あて先) 新 城 市 長

私は、新城市災害時要援護者避難支援制度の趣旨に賛同し、同制度に登録することを希望します。また、私が届け出た下記(裏面を含む。)個人情報(市が自主防災組織、行政区、民生委員・児童委員、消防団、社会福祉協議会、警察署、地域支援者及び市役所内の関係部署)に提供することに同意します。

本人氏名 ..... 印 (代理記載者 氏名 ..... 印 )

① 要援護者 (以下、必要事項を記入の上、該当する番号に○をつけてください。)

申 請 日	年 月 日	廃 止 日	年 月 日 (理由)
自主防災会 (行政区)		民生委員 児童委員	電話 ( )
住 所	〒 -  (アパート名、部屋番号まで記入)		電話 ( ) FAX ( ) 携帯電話 ( )
ふりがな 氏 名	(男・女)		生年月日 ( ) 歳 明・大・昭・平 年 月 日
要援護者 本人の状況	1 介護保険認定者 (要介護状態区分: 3 4 5 )		
	2 障害者 (障害の種別: 障害の程度: )		
	3 75歳以上のひとり暮らし高齢者 [ひとり暮らし ① 全 日 又は高齢者 ② 時~ 時 のみの時間 ]		
	4 高齢者のみの世帯		
	5 難病・その他(具体的に )		
特 記 事 項	具体的な身体等の状況		

② 家族・親戚等の連絡先

氏 名	続柄	住所	〒 - 電話 ( ) 携帯電話 ( )
氏 名	続柄	住所	〒 - 電話 ( ) 携帯電話 ( )

③ 地域支援者

あなたの避難などのお手伝いをしていただけるご近所の方のお名前を、下の欄にお書きください。その方へは、市も協力を依頼します。(見つからない場合は、空欄で提出してください。)

氏 名	住所	〒 - 電話 ( ) 携帯電話 ( )
氏 名	住所	〒 - 電話 ( ) 携帯電話 ( )

災害時の対応に必要な情報です。  
できる限り記入してください。

一緒に住んでいる人（家族・同居人）の状況

ふり 氏	がな 名	続柄	年齢	ふり 氏	がな 名	続柄	年齢

【特記事項】該当する番号に○をつけ、必要事項を記入してください。

- 1 持病があります。  
(病名: )
- 2 いつも飲んでいる（使っている）薬があります。  
(薬の名前: )
- 3 かかりつけの医療機関があります。  
(医療機関名: 電話 — )
- 4 目が悪いので、音声で呼び掛けてください。
- 5 耳が聞こえないので、筆談や手話で呼び掛けてください。
- 6 耳の聞こえが良くないので、大きな声で呼び掛けてください。
- 7 避難するときは「担架」が必要です。
- 8 避難するときは「車椅子」が必要です。
- 9 歩くことはできますが、避難所まで付き添いが必要です。
- 10 人工透析を受けています。
- 11 在宅酸素療法を受けています。
- 12 人工肛門、人工膀胱を使用しています。
- 13 ペースメーカーを使用しています。
- 14 避難所での生活に、特別な配慮が必要です。  
(内容: )
- 15 食事に特別な配慮が必要です。  
(内容: )
- 16 その他事前に知らせておきたいことや、配慮してほしいことなど。

[ ]

※この台帳に記載された情報は、災害等における地域の支援（平常時の支援を含む。）に活用するものであり、それ以外の用途に使用したり、他に情報を流したりすることを禁止します。