

神石高原町長 様

申請日 平成 年 月 日

私は、避難行動要支援者登録制度の趣旨に賛同し、要支援者台帳への登録（変更・削除）を申請します。
 また、私が届け出た次の個人情報（神石高原町関係課や自主防災組織、自治振興会、民生委員、児童委員、神石高原町社会福祉協議会、福山地区消防組合、神石高原町消防団、避難支援者等に提供されることに同意します。

※変更申請の場合は、該当欄に変更後の内容を記入してください。

※削除申請の場合は、削除する理由を記入してください。（理由： _____ ）

本人署名		代理人署名	名前	
			住所	〒 _____
			続柄	<input type="checkbox"/> 民生委員・児童委員 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> その他(_____)

本人情報	ふりがな		生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生(歳)
	名前		性別	男・女
	住所	〒 神石高原町	自治振興会	
	自宅電話		FAX番号	
	携帯電話		メール	

緊急連絡先	ふりがな	続柄	自宅電話	住所
	名前		携帯電話	
	① _____			〒 _____
	② _____			〒 _____

医療機関	かかりつけ医療機関名	電話番号	住所
	① _____		〒 _____
	② _____		〒 _____

状況	<要支援者区分> ※あてはまる項目すべてに☑をつけてください。 <input type="checkbox"/> 1人暮らし高齢者(75歳以上) <input type="checkbox"/> 高齢者(75歳以上)のみの世帯 <input type="checkbox"/> 介護保険 要介護3以上 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(1級または2級)所持 <input type="checkbox"/> 療育手帳(A・A判定)所持 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳(1級)所持 <input type="checkbox"/> 難病患者 <input type="checkbox"/> その他 (<input type="checkbox"/> 昼間独居 その他理由: _____)	
	<避難に必要な支援等> ※必要な支援に☑をつけてください。 1. 情報伝達 (<input type="checkbox"/> 避難時の声かけ <input type="checkbox"/> 音声による伝達(視覚障害のため) <input type="checkbox"/> 筆談、手話等) 2. 避難時の介助 (<input type="checkbox"/> 付添・介助 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 担架) 3. その他 (薬の携行など) (_____)	

特記事項	(避難の際や避難所での留意点などをご記入ください)
------	---------------------------

登録年月日	平成 年 月 日	整理番号	
廃止年月日	平成 年 月 日	廃止理由	