

要配慮者台帳 登録申請書

登録番号

南国市長あて

①登録希望調査欄(該当箇所にレ点をご記入ください)

私は、災害時などに地域の支援を必要とするため、要配慮者台帳(以下、台帳)への登録を

(1) 希望します。 ➡ ②以降へご記入ください(裏面もあります)

(2) 希望しません。(理由:) ➡ 署名をお願いします。

(3) 施設入所中のため登録しません。 ➡ 氏名: ➡ ②以降の記入は必要ありません。

(4) 長期入院中のため登録しません。 ➡

②個人情報開示に関する同意欄(①で「(1)希望します」を選択した方のみ)

私は、次の事項に同意します。

(1) 地域の減災に向けた体制作りを目的に、台帳に登録された私の情報を平常時から下記の組織が共有すること。

(2) 下記の組織で保有する情報(台帳登録事項に限る)が今後台帳に登録されること。

- ・市関係部署(福祉事務所・危機管理課・長寿支援課・保健福祉センター・消防本部)
- ・地域支援者(自主防災組織・民生児童委員・消防団)
- ・南国市社会福祉協議会
- ・南国市地域包括支援センター

(3) 南国市が定める避難行動要支援者に該当する(した)場合には、避難行動要支援者として、上記組織及び高知県警察と情報共有すること。

平成 年 月 日

登録者氏名 印

代理記載者名 印 (登録者との続柄:)

③登録者について(下記の項目をご記入ください)

フリガナ氏名		(男・女)	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
住所	〒南国市		血液型	A ・ B ・ AB ・ O
電話		携帯電話番号		
FAX		携帯メールアドレス		
同居の方 (あり・なし)	フリガナ氏名	続柄	生年月日	
			明治・大正	年 月 日
			昭和・平成	年 月 日
			明治・大正	年 月 日
			昭和・平成	年 月 日

④登録者(要配慮者)の状況について(該当する方はご記入ください。裏面へつづく)

介護保険認定者		身体障害者手帳所持者		精神障害手帳所持者		療育手帳所持者	
介護度	要介護1	手帳番号	種類	手帳番号	等級	判定	手帳番号
	要介護2		視覚		1級		A1
	要介護3		聴覚		2級		A2
	要介護4		肢体内		3級		B1
要介護5		程度	種 級				B2
要支援							

※裏面もご記入ください。

特記事項 (該当番号に○、複数選択可)	1 日中一人暮らし	2 杖等の歩行補助具を使用	3 車椅子使用	4 寝たきり
	5 呼吸器/吸引器使用(電源必要)	6 人工透析	7 介護保険利用	8 認知症
	9 特定疾患(難病)[病名: _____]		10 その他[_____]	

かかりつけ 医療機関	①	医療機関名	薬局名
		治療中の病名等	
	②	医療機関名	薬局名
		治療中の病名等	

※お薬については、毎日欠かさずに服用しないと日常生活に支障があるもののみご記入ください。

⑤利用中の介護(介護予防)サービスについて(該当する方はご記入ください)

居宅サービス	事業所名	担当ケアマネージャー名
デイサービス	事業所名	利用曜日
その他		

⑥緊急時の連絡先について(市内・市外は問いません)

フリガナ 氏名		登録者との続柄	
		電話番号	
住所	〒	携帯電話番号	
		携帯メールアドレス	
フリガナ 氏名		登録者との続柄	
		電話番号	
住所	〒	携帯電話番号	
		携帯メールアドレス	

⑦災害時の避難支援について(できる限りご記入ください)

災害時に避難 を支援し てくれる 方	フリガナ 氏名		登録者との続柄	
			電話番号	
	住所	〒	携帯電話番号	
			携帯メールアドレス	
	フリガナ 氏名		登録者との続柄	
			電話番号	
	住所	〒	携帯電話番号	
			携帯メールアドレス	

避難時に必要とする支援の内容(必要補助用具など)

情報伝達・誘導時の留意事項

避難先での留意事項(支援内容)

避難場所	風水害時	
	震災時	