

## 災害時要援護者登録申請書兼登録台帳

愛川町長 殿

私は、災害発生時などに地域の助け（いざという時の安否確認、避難の手助け）を受けたいため、次の内容を台帳に登録するとともに、行政区・自主防災組織、民生委員児童委員、消防署、消防団、警察署の方に提供することに同意します。

平成 年 月 日

|      |              |
|------|--------------|
| 本人住所 | 愛川町          |
| フリガナ | -----        |
| 氏 名  | 印            |
| 電 話  | — —          |
| 携帯電話 | — —          |
| 生年月日 | 年 月 日 性別 男・女 |

### 登録者について

|  |   |               |                   |
|--|---|---------------|-------------------|
| 行政区名   |   | 民生委員<br>児童委員名 |                   |
| <b>緊急時の家族等の連絡先</b>   |   |               |                   |
| フリガナ<br>氏 名  | 続柄 ( )  | 電話            | — —<br>(自宅 ・ 勤務先) |
| フリガナ<br>氏 名  | 続柄 ( )  | 電話            | — —<br>(自宅 ・ 勤務先) |
| <b>状況確認欄（該当する項目を○で囲んでください。）</b>  |   |               |                   |
| 1 障害者手帳を持っている（肢体不自由・視覚障害・聴覚障害・知的障害・精神障害）<br>2 ひとり暮らしである                      3 寝たきり又は認知症である<br>4 その他 ( ) |   |               |                   |
| 家 族 構 成  |   |               |                   |
| 居住建物の構造  | ・木造 ( 階建て)    ・鉄骨造 ( 階建て)    ・鉄筋造 ( 階建て)                                    |               |                   |
| 普段いる部屋   | 階の  | 寝 室 の 位 置     | 階の                |
| ※特記事項  | ●体が不自由である（どこが                      どのように                      ）●どのような援助が必要か |               |                   |
|  |   |               |                   |

※裏面も記入してください。

|                  |                |     |     |              |  |
|------------------|----------------|-----|-----|--------------|--|
| 血液型              | A ・ B ・ O ・ AB |     |     | Rh ( + ・ - ) |  |
| かかりつけ医・病院        |                |     |     |              |  |
| 医療機関名            |                | 住所  |     |              |  |
|                  |                | 電話  | - - |              |  |
|                  |                | 医師名 |     |              |  |
| 医療機関名            |                | 住所  |     |              |  |
|                  |                | 電話  | - - |              |  |
|                  |                | 医師名 |     |              |  |
| 副作用・アレルギー等       |                |     |     |              |  |
| 補装具及び医療的ケアに必要な物品 |                |     |     |              |  |

| 変更事項 | 年 月 日 | 内 容 |
|------|-------|-----|
|      | 年 月 日 |     |
|      | 年 月 日 |     |
|      | 年 月 日 |     |
|      | 年 月 日 |     |
|      | 年 月 日 |     |

問い合わせ先 愛川町役場民生部 電話 285-2111 (代) 【高齢者支援担当】 高齢介護課 内線 3338  
 【障害者支援担当】 福祉支援課 内線 3354

町役場使用欄

|     |      |
|-----|------|
| 受付印 | 登録番号 |
|     |      |
|     | 備考   |