

災害時要援護者登録申請書兼登録台帳

(あて先)

大 月 市 長

私は、災害時に援護が必要になるため、大月市災害時要援護者の登録を申請します。
 つきましては、下記事項が地域支援者、地区担当民生委員、地区社会福祉協議会及び自主防災組織（自治会）、へ情報提供されることに同意します。

○太枠は必ず記入してください。その他は記入できる範囲で結構です。

氏 名	男・女		作成日	年 月 日		
生年月日	M・T・S・H	年 月 日 生	血液型	A・B・O・AB		
住 所	大月市		電 話			
			FAX			
家族構成 (本人含む)	人	本人の状況 ※区分番号を記入		自主防災組織 (自治会)の名称		
緊急 連絡 先	氏 名	住所及び電話番号			続 柄	
		住所:				
		☎	携帯			
		住所:				
		☎	携帯			

※ 区分番号 ーあてはまる次の番号を全て記入ー

- | | |
|-------------------------------|------------------|
| (1) 身体障害者（肢体は3級以上、視覚・聴覚は2級以上） | (4) 寝たきり高齢者 |
| (2) 知的障害者（A判定の人） | (5) 認知症の高齢者 |
| (3) 65歳以上で一人暮らしの高齢者 | (6) その他援護を必要とする者 |

1. 身体障害(肢体・視覚・聴覚)・知的障害 等の内容	
2. 現在必要としている保健、医療、福祉サービス 等	
3. 特記事項	

- 身体・知的障害者は障害手帳の内容を、また介護認定を受けている人はその内容を記載
- 人工透析を受けているなど、保健、医療、福祉サービスに関して留意すべき事項を記載
- 援護が必要となる主な理由、本人との意思疎通の方法（意思疎通が困難な場合）などの事項について記載

あなたが希望する地域支援者を記載してください。（記載に際しては、必ず本人の同意を得てください。）

地 域 支 援 者	氏名	地 域	氏名
	住所	支 援	住所
	電話	者	電話