

No.

令和 年 月 日

要配慮者（避難行動要支援者）登録申請書・個別支援計画書

（あて先）鳴沢村長

私は、地域における防災活動に活用することを目的として、本登録情報を自主防災組織の責任者、消防署、警察署、消防団、民生委員、社会福祉協議会等に提供することに同意のうえ申請します。

登録申請者	フリガナ 氏名				住所	鳴沢村	性別	男・女
	生年月日	大正・昭和 平成・令和	年 月 日	(才)	電話	(自宅) (携帯)		
	組名	鳴沢 組・大田和 組・組織外			血液型	A・O・B・AB / RH (+・-)		
家族構成 (一緒に住んでいる人)	氏名		続柄		氏名		続柄	
	氏名		続柄		氏名		続柄	
	氏名		続柄		氏名		続柄	
申請者の 状況と 必要とする 支援	状況 (例：1人では動けない、医療器具を使用している、認知症がある、耳が聞こえない等)							
	必要とする支援 (例：付き添って避難行動を行う、携帯酸素を持つ、筆談する等)							
緊急時 連絡先	氏名		住所		関係			
	電話		携帯					
	氏名		住所		関係			
	電話		携帯					
支援員 ※ 災害時に、 同意のうえで 申請者の安否 確認・移動支 援を行ってく れる方をご記 入ください。 家族の場合で もご記入くだ さい。	①	氏名		住所		関係		
		電話番号						
	②	氏名		住所		関係		
		電話番号						
	③	氏名		住所		関係		
		電話番号						
届出者 (本人の場合「関 係」のみ記入)	氏名		住所		関係			
	電話番号							

登録申請者の状態 ※ 当てはまるものを選択してください。

- 1.身体障害者手帳 1級 2級 3級 4級 5級 6級
 [障害の状況 視覚障害 聴覚障害 言語障害 肢体不自由 内部障害]
- 2.療育手帳 A1 A2 B1 B2
- 3.精神障害者保健福祉手帳 1級 2級 3級
- 4.75歳以上の高齢者 一人暮らし 夫婦のみの世帯 高齢者のみの世帯
- 5.介護保険認定者 要支援1 要支援2
要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5
- 6.医療を必要とする者 ペースメーカー 人工透析 在宅酸素 留置カテーテル
胃ろう 人工肛門(ストマ) 吸引 その他()
- 7.1~6の他災害時に支援が必要な人 難病 日中一人になる虚弱な者 外国人
妊産婦 乳幼児(3歳未満) その他()

避難及び安否確認の方法 一次避難場所

※同封した例を参考に記入してください。

登録申請者の医療の状況

登録申請者の医療の状況		受診の有無	有・無	内服の有無	有・無
1	医療機関名	診療科		受診頻度	
内服・点眼等 [お薬手帳のコピーがあれば記入不要]					
2	医療機関名	診療科		受診頻度	
内服・点眼等 [お薬手帳のコピーがあれば記入不要]					

登録申請者の各種サービス利用の状況

登録申請者の各種サービス利用の状況	介護保険の利用	有・無	障害サービスの利用	有・無
利用しているサービスの種類				
サービス利用頻度				
利用事業所/利用会社	ケアマネージャー			

その他、特記事項