

様式第 1

大口町避難行動要支援者名簿登録票（新規・変更・取消）兼個別計画票

大口町長 様

年 月 日

次のとおり、届出をします。

また、大口町避難行動要支援者支援体制マニュアルを読み、趣旨を理解し、この名簿登録票の内容について、町が、地域支援者、関係支援団体（地域自治組織、行政区（区長）、自主防災会、民生委員・児童委員協議会、社会福祉協議会及び地域包括支援センター）、消防及び警察と情報共有することについて同意します。

申請者	住 所			電話番号		
	フリガナ 氏 名	印		生年月日	年 月 日	
	行政区名					
緊急連絡先	住 所			電話番号		
	フリガナ 氏 名		続柄	生年月日	年 月 日	
* 記入の際は、必ず緊急連絡先になる方の了承を得てください。						
申請事由	① 65歳以上でひとり暮らし ② 75歳以上の高齢者のみの世帯 ③ 在宅で、介護保険制度の要介護 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ④ 身体障害者手帳 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ⑤ 療育手帳 A判定 ・ B判定 ⑥ 精神障害者保健福祉手帳 1級 ・ 2級 ⑦ 妊産婦【出産（予定）年月日 年 月 日】 ⑧ その他災害時に自力での避難が困難で、上記に準ずる状態					
地域支援者	氏名	住所		電話番号	備考	
	印					
	印					
	印					
	印					
* 避難行動要支援者の方は、記入の際に、必ず地域支援者の了承を得てください。 * 地域支援者の方には、個人情報についての守秘義務があります。						
備考						

※変更の場合は、申請者及び変更箇所を記入してください。取消の場合は、申請者のみを記入してください。

屋内間取り図

建物の構造：木造・軽量鉄骨・鉄骨・鉄筋コンクリート・その他（ ）

\* 寝室に㊟、居間に㊞と書き込んでください。

家族構成

続柄	氏名	生年月日	続柄	氏名	生年月日

予定避難所	避難方法 歩行、車いす その他（ ）
-------	--------------------------

かかりつけ医療機関	治療中の疾患
-----------	--------

服薬状況	緊急通報システム あり・なし
------	-------------------

利用している福祉サービス	ケアマネージャー氏名
--------------	------------

その他必要な支援内容を具体的に記入してください。