

日田市災害時要援護者台帳登録申請書 兼 登録台帳

令和 年 月 日

日 田 市 長 様

私は、災害発生時などに地域の支援を受けたいので、下記の内容を台帳に登録することを希望します。また、自主防災組織、自治会、消防団、社会福祉協議会及び民生委員等、支援関係者に、この台帳の内容を伝えることについて同意します。

本人又は保護(介護)者

氏 名

(本人以外の場合は、4欄にも記入してください)

1. 要援護者

住 所	日田市				自治会名	班
ふりがな						
氏 名						
生年月日	年	月	日	性別	男・女	
電話		FAX		血液型	A・B・O・AB	
自治会長		電話		民生委員		電話

2. 本人の状態等

※ 該当する をチェックのうえ記入してください。

<input type="checkbox"/> 障がいのある方 <input type="checkbox"/> 身障1級(体幹・上肢・下肢・視覚・聴覚) <input type="checkbox"/> 身障2級(体幹・上肢・下肢・視覚・聴覚) <input type="checkbox"/> 療育手帳A判定 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳1級 <input type="checkbox"/> 「同行援護」又は「行動援護」支給決定者 【その他特記事項】必要な補装具など参考になる事項を記入	<input type="checkbox"/> 難病患者のうち避難支援が必要な方 <input type="checkbox"/> 要介護認定3以上の高齢者の方 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 認知症高齢者(Ⅱa以上)の方 <input type="checkbox"/> その他 自力での避難に支障を生じる方 <input type="checkbox"/> 車椅子使用 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 日中一人暮らし <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 人工透析患者 <input type="checkbox"/> ()
【家族構成・同居の状況等】	

3. 医療・福祉サービスの利用状況

	かかりつけ医療機関 ①	かかりつけ医療機関 ②
病 院 名		
病 名		
所 在 地		
電話番号		
福祉サービス事業所の名称	住 所	電話番号

4. 緊急時の家族等の連絡先

氏 名	関係	住 所	電話番号

5. 避難支援員・支援団体

氏 名	関係	住 所	電話番号

日田市災害時要援護者台帳登録申請書 兼 登録台帳

令和 ○年 ○月 ○日

新規登録の場合の記入例

日 田 市 長 様

私は、災害発生時などに地域の支援を受けたいので、下記の内容を台帳に登録することを希望します。また、自主防災組織、自治会、消防団、社会福祉協議会及び民生委員等、支援関係者に、この台帳の内容を伝えることについて同意します。

本人又は保護(介護)者

氏 名 日 田 太 郎

(本人以外の場合は、4欄にも記入してください)

1. 要援護者

住 所	日田市○○町1-1			自治会名	班
ふりがな	ひた たろう			○○自治会	1
氏 名	日 田 太 郎			避 難 所	○○公民館
生年月日	昭和○年○月○日	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女	自治会長	電話
電話	23-3111	FAX	23-1234	民生委員	電話
		血液型	<input checked="" type="radio"/> A・B・O・AB		

医療機関は2ヵ所、福祉サービス事業所は1ヵ所までの記入となります。

2. 本人の状態等

※ 該当する をチェックのうえ記入してください

<input checked="" type="checkbox"/> 障がいのある方 <input checked="" type="checkbox"/> 身障1級(体幹・上肢・下肢・視覚・聴覚) <input type="checkbox"/> 身障2級(体幹・上肢・下肢・視覚・聴覚) <input type="checkbox"/> 療育手帳A判定 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳1級 <input type="checkbox"/> 「同行援護」又は「行動援護」支給決定者 【その他特記事項】必要な補装具など参考になる事項を記入	<input type="checkbox"/> 難病患者のうち避難支援が必要な方 <input type="checkbox"/> 要介護認定3以上の高齢者の方 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 認知症高齢者(Ⅱa以上)の方 <input checked="" type="checkbox"/> その他 自力での避難に支障を生じる方 <input type="checkbox"/> 車椅子使用 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 日中一人暮らし <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 人工透析患者 <input type="checkbox"/> ()
【家族構成・同居の状況等】 例：一人暮らし。車の運転ができない。子は市外に在住。 など	

●緊急連絡先は、2名の記入となります。
都合上1名しかいない場合、1名でも構いませんので必ず記入をお願いします。
●電話番号は、固定及び携帯電話の記入をお願いします。
どちらかしか持っていない場合は、その番号を記入してください。

3. 医療・福祉サービスの利用状況

	かかりつけ医療機関①	かかりつけ医療機関②
病院名	○○病院	△△クリニック
病 名	○○○○○	△△△△△
所在地	日田市○○1丁目1-1	日田市△△町△△番地
電話番号	○○-○○○○	△△-△△△△
福祉サービス事業所の名称	住 所	電話番号
<input type="checkbox"/> 介護サービスセンター	日田市□□町□□番地	□□-□□□□

※避難支援員とは、要援護者を普段から見守り、災害時等において可能な限り情報伝達、安否確認及び避難誘導等の支援を行う方です。

4. 緊急時の家族等の連絡先

氏 名	関係	住 所	電話番号
日田 ○太郎	子	大分市○○町1-1	097-111-1111 090-2222-2222
福岡 △子	子	福岡市△△町2-1	092-111-1111 080-2222-2222

本台帳は、要援護者が災害時などに地域の支援を受けられるようにすることが目的となりますので、避難支援員は、できるだけ2名の方の記載をお願いします。
また、どうしても支援員(個人)の方の記載が

5. 避難支援員・支援団体

氏 名	関係	住 所	電話番号
□□ □□	隣人	日田市□□町□□番地	□□-□□□□
△△ △△	隣人	日田市△△町△△番地	△△-△△△△
○○消防団		日田市○○町○○番地	○○-○○○○