

太子町災害時要援護者名簿 [登録・変更] 申請書

平成 年 月 日

太子町長 様

私は、「太子町災害時要援護者避難支援計画」の趣旨に賛同し、太子町災害時要援護者名簿への登録（変更）を申請します。

また、私が登録した個人情報を、災害時の1. 円滑な避難支援活動 2. 安否確認を行うため、町が保有するとともに、地域で支援を行う人達（避難支援者、自主防災会、町会・自治会、民生・児童委員、社会福祉協議会、消防、警察、社会福祉施設、地域支援ネットワーク検討会議など）へ提供することに同意します。

本人氏名 : _____ 印

代理人又は代筆者氏名(続柄) : _____ 印

代理人等住所 : _____

代理人等電話番号 : _____

A 基本 情報	地区名	地区	町会名 自治会名	町会 自治会 ・ <input type="checkbox"/> 未加入		
	フリガナ		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)	性別	
	氏名					
	住所	〒 太子町		電話番号		
				FAX番号		
B 本人 の 状 況 等	本人の 状況 (重複する 場合には 全て記入)	<input type="checkbox"/> 要介護認定者【要介護度：要支援 要介護】 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳保持者【 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> その他】【 級】 <input type="checkbox"/> 療育手帳保持者【障害程度： 級】 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳保持者【1級】 <input type="checkbox"/> 難病患者【 級】 <input type="checkbox"/> 高齢者（65歳以上）のみの世帯の者 <input type="checkbox"/> その他、自力で避難することが困難な者 (理由： _____)				
	自立歩行の状態	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
	支援が必要な時間帯	<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 昼間 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> その他 (_____)				

【役場使用欄】

種類	<input type="checkbox"/> 新規 ・ <input type="checkbox"/> 変更
登録番号	
受付	所属： _____ 担当 (_____)
入力・送付	<input type="checkbox"/> 入力 (_____) <input type="checkbox"/> 送付 (_____)

(受付印)