

災害時要援護者申出カード

調査日 平成 年 月 日

町内会	調査員	印
-----	-----	---

(フリガナ) 氏名	()	世帯主	
	(男・女)	電話番号	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	携帯番号	
住所	上市町	FAX 番号	
援護理由	<input type="checkbox"/> 一人暮らし高齢者	<input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯	
	<input type="checkbox"/> 寝たきり状態	<input type="checkbox"/> 歩行が不安	
	<input type="checkbox"/> 弱視 (視力)	<input type="checkbox"/> 難聴 (聴力)	
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (級)	<input type="checkbox"/> 要介護認定者 (要介護)	
	<input type="checkbox"/> 認知症	<input type="checkbox"/> その他 ()	
かかりつけ 医療機関		住所	
		電話番号	
特記事項			
緊急時の家族等の連絡先			
氏名	続柄 ()	電話番号	
住所		携帯番号	
その他支援者となる方			
①	氏名	電話番号	
	住所		
②	氏名	電話番号	
	住所		
【 同 意 書 】			
<p>私は、災害発生時などに地域の助けや支援を受けたいため、上記の内容を台帳に登録するとともに、その台帳を上市町、上市町消防署、上市警察署、民生委員、上市町社会福祉協議会及び地区社会福祉協議会、区長及び自主防災会へ提供することに同意します。</p>			
本人又は代理人		住所	
		氏名	印 (代理人の場合 続柄:)
		電話番号	

※この調査票に関する情報は、災害発生時に地域の援護により生命等の安全を図るためのみに利用するものであり、それ以外の目的に使用したり、他に情報を流したりすることを禁止します。