

湯前町避難行動等要支援者登録申請書兼個別避難計画

申請日 令和 年 月 日

更新日 令和 年 月 日

居住地	湯前町	番地	行政区		電話番号	自宅： 携帯：	
フリガナ						性別	男 ・ 女
氏 名							
生年月日	T S H R 年 月 日生（ 歳）			血液型	A ・ B ・ O ・ AB (RH +, -)		
要支援 種別	☐ ひとり暮らしの高齢者（６５歳以上） ☐ 身体障害者手帳所持（１級・２級） （視覚・聴覚・言語・上肢・下肢・内部） ☐ 高齢者のみの世帯の者（６５歳以上） ☐ 寝たきりの高齢者（６５歳以上） ☐ 精神障害者保健福祉手帳所持（１級） ☐ 認知症の高齢者（６５歳以上） ☐ 療育手帳所持（Ａ１・Ａ２） ☐ 介護保険認定者（要介護３・４・５） ☐ その他支援を必要（ ）						
医療 保険	保険者名			保険者住所			
	被保険者氏名			被保険者証	記号：	番号：	
世帯 構成	続柄：			電話番号			
	続柄：			電話番号			
	続柄：			電話番号			
民生委員 氏名				避難場所			

居住建物	階級	階	見取り図（寝室、普段いる部屋の場所）
	所有者名		
	緊急通報装置	（続柄：） 有 ・ 無 （ ）	

緊急時の家族等の連絡先				
	氏 名	続柄	住 所	電話番号
1				
2				

避難支援者の連絡先				
	氏 名	続柄	住 所	電話番号
1				
2				

かかりつけ病院・疾病情報・お薬の情報			くまもとメディカルネットワークの登録（有・無）	
	病院名	診療科/ 主治医	電話番号	疾病情報/処方薬剤等
1				
2				

支援事業者				
	支援事業者名	担当者	電話番号	内 容
1				月 火 水 木 金 土 日 時間：
2				

※同意欄

湯前町長 様		
私は、この趣旨に賛同し、避難支援等を受けるため登録することを希望します。また、私が届け出た個人情報、町が災害や緊急に備えて事前に下記の団体等に提供し、防災訓練のほか災害時の救護活動などに活用されることに同意します。		
1. 民生委員・児童委員	2. 湯前町社会福祉協議会	3. 避難支援者
4. 消防署	5. 湯前町消防団	6. 警察署
7. 支援事業者	8. 町関係部署	
令和 年 月 日		
氏名	代理人氏名	印（続柄）
_____	_____	