

(表面)

登録年月日	年 月 日	登録 No.	
廃止年月日	年 月 日	廃止理由	

災害時要援護者登録申請書兼登録台帳 (個別計画)

年 月 日

出水市長 様

私は、災害時要援護者支援制度の趣旨に賛同し、同制度に登録することを希望します。

また、私が届け出た下記の個人情報、関係機関（市関係各課、消防団、社会福祉協議会、民生委員・児童委員、地域支援者及び自治会（自主防災組織を含む。））で共有することを承諾します。

フリガナ 氏名	印	性別	男・女	自治会名 自治会長氏名	携帯電話番号	—	—
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)		自宅電話番号	— —			
郵便番号 住所	〒 — 出水市		携帯電話番号	— —			
			F A X 番号	— —			
災害時要援護者区分（1～4の該当する番号のすべてに○を付けてください。）		1 身体障害者手帳の交付を受けている者（1級、2級） 2 介護保険における要介護認定者（要支援1・2、要介護1・2・3・4・5） 3 療育手帳の交付を受けており障害の程度がA判定の者 4 1～3以外で市長が特に災害時の支援が必要と認めた者 (難病患者、乳幼児、妊産婦、外国人、その他)					
家族構成、同居状況等 (本人を含む。)	人	居住建物の構造等	木造・鉄骨造・鉄筋コンクリート造 平屋建・2階建・3階以上				
		居住建物の着工時期	昭和56年5月より（前・後・不明）				
普段いる部屋				寝室の位置			
特記事項（使用薬、必要な医療器具、病院・施設等）							
緊急時の家族等の連絡先	氏名	続柄	住所	携帯電話番号			
				— —			
地域支援者							
氏名	申請者との関係	住所	携帯電話番号				
			— —				
			— —				
			— —				
			— —				

様式 3

緊急連絡カード			
ふりがな		性別	男 ・ 女
氏 名		生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生
住 所	出水市	血液型	A・B・O・AB (RH +・-)
電話・FAX	電 話 - - (FAX) - -	保険証	種別 記号・番号
緊急時の 連絡先	氏 名	① (続柄)	② (続柄)
	住 所		
	電話・FAX	電話 - - FAX - -	電話 - - FAX - -
緊 急 時 医 療 機 関 連 絡 先	名 称	①	②
	所 在 地		
	電話・FAX	電話 - - FAX - -	電話 - - FAX - -
	担 当 医		
疾患名・ 使用薬等		その他特記事項 (例 透析週 3 回など)	
必 要 な 医 療 器 具	器具名 メーカー 取扱店連絡先		