

申請年月日 年 月 日

古賀市長 宛て

申請者 氏 名 (対象者との関係

古賀市避難行動要支援者名簿登録(変更)申請書

次のとおり登録(変更)を申請します。

フリガナ 氏名		フリガナ 保護者氏名	(対象者が18歳未満の場合記入)		
生年月日	年 月 日(歳)	性別	☐ 男 ☐ 女	血液型	
住所	古賀市				
電話番号		自治会	☐ 加入 ☐ 未加入		
携帯電話番号		FAX番号			
同居家族	氏名 (続柄)	氏名 (続柄)			
	氏名 (続柄)	氏名 (続柄)			
避難支援等を 必要とする 事由	☐ 介護保険法による要介護認定を受けている人 (認定区分 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5) ☐ 身体障がい者手帳の交付を受けている人(障がいの程度 ☐ 1級 ☐ 2級 ☐ 3級) ☐ 療育手帳の交付を受けている人 (障がいの程度 ☐ A ☐ B) ☐ 精神障がい者保健福祉手帳の交付を受けている人 (障がいの程度1級) ☐ 70歳以上のひとり暮らしの人で、自力避難が困難で名簿登録を希望する人 ☐ 75歳以上の高齢者のみ世帯の人で、自力避難が困難で名簿登録を希望する人 ☐ その他 (理由)				
避難時に配慮 してほしいこ と等	☐ 立つことや歩行が困難である ☐ 音が聞こえない(聞き取りにくい) ☐ 物が見えない(見えにくい) ☐ 言葉や文字の理解が難しい ☐ 危険なことを判断できない ☐ 顔を見ても知人や家族とわからない その他 ()				
避難支援者(災害時に避難支援していただける方)※避難支援者となる方の同意を得てください。					
氏名①	(対象者との関係)家族・近隣住民・その他()				
住所					
電話番号	(自宅)	(携帯)			
氏名②	(対象者との関係)家族・近隣住民・その他()				
住所					
電話番号	(自宅)	(携帯)			

●緊急時の家族等の連絡先

氏名	対象者との続柄	住所	電話番号

かかりつけ医	医療機関名①		電話番号	
	医療機関名②		電話番号	
治療中の病気 又は障がい名				
治療(障がい) 内容				
避難時に持っ ていくもの	☐ 杖 ☐ 車椅子 ☐ 補聴器 その他 ()			
避難時に持っ ていく薬	(例)血圧を下げる薬、糖尿病の薬			
避難する場所				

居宅介護支援事業所	(ケアマネジャー:)	電話番号	
相談支援事業所	(相談支援専門員:)	電話番号	
その他事業所	(相談員等:)	電話番号	

※ 避難支援等関係者及び避難支援者への情報提供に同意することにより、災害時に支援が必ず行われることを保証するものではありません。また、避難支援等関係者及び避難支援者は、法的な責任や義務を負うものではありません。

※ 施設入所(ショートステイを除く。)や長期入院をされた場合は、対象外として取り扱います。施設入所や長期入院から帰宅された場合は、再度登録できますので、福祉課(TEL092-942-1150)にご連絡ください。

上記の内容を、避難支援等のために避難支援等関係者(自主防災組織、古賀市民生委員・児童委員協議会、社会福祉法人古賀市社会福祉協議会、粕屋北部消防本部、古賀市消防団、粕屋警察署、その他、避難支援等の実施に関し市が必要と認める機関、団体)及び避難支援者に対し、平常時に情報を提供することに

☐同意します

☐同意しません