様式第２号（第４条関係）

登録番号

避難行動要支援者名簿登録申請書

うるま市長　　様

　私は、「うるま市避難行動要支援者名簿」への登録を申請します。

　　　　　年　　月　　日

本　人　住所　：

氏名　：

代理人　住所　：

氏名　：

１　要支援者（支援が必要な方）

|  |
| --- |
| 連 絡 先（本人） |
| 電話番号 |  |
| 携帯電話 |  |
| FAX |  |
| メールアドレス |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 性　別 | 血液型 | 生 年 月 日 |
| 男　・　女 |  |  |

|  |
| --- |
| 行政区 |
|  |
| 民生委員 |
|  |

|  |
| --- |
| 連　絡　先（ご家族等） |
| 氏名 | 住所 | 電話番号 | 続柄 |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |

２　支援者（災害時に支援してもらえる方。その方の同意を得てから記入してください。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ふりがな | 関係(続柄) | 電 話 番 号 | 住　　所 |
| 氏　　名 |
|  |  |  |  |  |
|  |
| ② |  |  |  |  |
|  |
| ③ |  |  |  |  |
|  |
| ④ |  |  |  |  |
|  |

３　心身の状況

|  |  |
| --- | --- |
| 世帯状況 | 同居人　（　無　・　有　　　人） |
| 介護認定 | 　無　・　有　要支援　　　　　　・　要介護　　　 |
| 障害手帳 | 　無　・　有　身体障害（肢 　　級・視 　　級・聴 　　級・内 　　級） |
| 　　　　　　　療育手帳 　　級・精神障害 　　級 |
| 難病／小慢 | 　病名（　　　　　　　　　　　）　留意事項（　　　　　　　　　　　） |
| その他 | 下記で利用している医療機器があれば☑して下さい。□人工呼吸器 □在宅酸素療法　□透析液加湿器　□電気式たん吸入器・吸引機 |
| 情報伝達や移動の際に必要なものがあれば ☑して下さい。□手話 □FAX □杖 □介助歩行 □車いす □白杖 □その他（　 　　 　） |

４　病院・サービス事業所（通院している病院や福祉サービス利用事業所をご記入ください。）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 病院／事業所名 |  | 電話 |  | 主治医／担当者 |  |
| 治療中疾患 |  |
| 使用薬・注意等 |  |
| ② | 病院／事業所名 |  | 電話 |  | 主治医／担当者 |  |
| 治療中疾患 |  |
| 使用薬・注意等 |  |
| ③ | 病院／事業所名 |  | 電話 |  | 主治医／担当者 |  |
| 治療中疾患 |  |
| 使用薬・注意等 |  |

５　特記事項（配慮してほしいこと、知っておいてほしいことなどありましたらご記入ください。）

＊あてはまるもの全てに☑してください。

□立つことや歩くことができない　　　　□その他

□耳が聞こえにくい（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むずかしい

□危険なことが判断できない

□常用している薬があり携帯が必要

　（薬名：　　　　　　　　　　　）

その他確認事項　　　　　　　　　　　　　　　　　　　窓口担当

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　入力者