

# 緊急時医療情報シート（避難行動要支援者台帳）申請書

No. \_\_\_\_\_

フリガナ氏名		性別		生年月日	
住所					
現住所					
電話	携帯			血液型	
FAX	E-Mail				
世帯区分	地区名称			医療保険	
身体区分	地区名			見守区分	有 ・ 無
民生委員	(TEL)			緊急通報	有 ・ 無
福祉専門員	防災組織				
対象要件	<input type="checkbox"/> 独居高齢者 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 身体障がい <input type="checkbox"/> 知的障がい <input type="checkbox"/> 精神障がい <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 難病患者 <input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> 妊産婦 <input type="checkbox"/> 外国人 <input type="checkbox"/> その他				
拡張項目	<input type="checkbox"/> 車椅子使用 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 要介護者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 紙おむつ支給登録者 <input type="checkbox"/> 配食サービス利用者 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス利用 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス利用 <input type="checkbox"/> 日中一人暮らし <input type="checkbox"/> 緊急通報システム <input type="checkbox"/> ごみ出しサポート収集				
【特記事項】					

身体障がい	手帳番号		等級	
知的障がい	手帳番号		程度	
精神障がい	手帳番号		等級	
相談支援員			電話	

居宅介護支援事業所	電話		要介護度	
			認知症自立度	
ケアマネジャー	電話		被保険者番号	

世帯構成	①	続柄		性別	生年月日	携帯
	②	続柄		性別	生年月日	携帯
	③	続柄		性別	生年月日	携帯
	④	続柄		性別	生年月日	携帯
	⑤	続柄		性別	生年月日	携帯

緊急時の連絡先	①	続柄		性別	生年月日	電話
						E-Mail
	②	続柄		性別	生年月日	電話
						E-Mail
協力員	避難支援者	続柄		性別	生年月日	電話
						E-Mail
	避難支援者	続柄		性別	生年月日	電話
						E-Mail

私は、本申請書に記載する事項について、民生委員児童委員、地区長、地区長が統括する自主防災組織、二宮町社会福祉協議会、搬送先医療機関、防災安全課、消防本部その他緊急時医療情報シート（避難行動要支援者台帳）に登録された者の支援に必要な課等に提供することに同意します。

氏名 \_\_\_\_\_

代理人 \_\_\_\_\_ 本人との関係 \_\_\_\_\_

