

様式1

災害時要援護者登録制度登録申請書兼登録台帳

登米市長様

私は、災害時要援護者登録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、私が届け出た下記個人情報を、登米市が自主防災組織、行政区長、民生委員児童委員、消防署、消防団、警察署に提供することを承諾します。

平成 年 月 日

1 名簿登録者	行政区名			
フリガナ			生年月日	
氏名	印(男・女)			
住所	登米市	自宅		
		携帯電話		
		FAX		
要介護度 障害者手帳の有無	要介護度： 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5・なし 障害者手帳の有無： あり・なし (手帳名)			
代理記載及び 代理申請の場合	氏名		登録者との関係	

2 家族構成及び連絡先	※ 事前に同意を得て、家族について記載してください。			
家族	氏名	続柄	勤務先等	携帯電話等

3 家族以外の緊急連絡先	※ 事前に同意を得て、親戚等について記載してください。		
	氏名	住所	電話番号
親戚 知人等			
勤務 先等			

4 地域支援者		※ 事前に同意を得て、支援者等について記載してください。	
登録者との関係			
住 所		希望連絡方法	電話 ・ F A X
フリガナ		自宅・携帯電話	
氏 名	印 (男・女)	職場電話	
		F A X	
登録者との関係			
住 所		希望連絡方法	電話 ・ F A X
フリガナ		自宅・携帯電話	
氏 名	印 (男・女)	職場電話	
		F A X	
登録者との関係			
住 所		希望連絡方法	電話 ・ F A X
フリガナ		自宅・携帯電話	
氏 名	印 (男・女)	職場電話	
		F A X	
登録者との関係			
住 所		希望連絡方法	電話 ・ F A X
フリガナ		自宅・携帯電話	
氏 名	印 (男・女)	職場電話	
		F A X	
登録者との関係			

5 情 報		
血液型	A ・ B ・ O ・ AB : RH + -	輸血の可否
かかりつけの医療機関	名 称 :	
	担当医 :	電話番号 :
使用している薬		
禁忌薬剤		
障害者手帳 保険証等番号		
必要とする援助		
避難所		
その他	緊急通報システム (あり ・ なし)	