

五所川原市災害時要援護者登録申請書兼個別計画 (SOSネットワーク)

(あて先) 五所川原市長

私は、災害時要援護者支援制度の趣旨に賛同し、同制度の台帳登録を申請します。
また、私に関する下記の情報が、市の関係部署や消防本部、社会福祉協議会、民生委員
児童委員、自主防災組織、地域支援者へ提供されることに同意します。

1. 新規	2. 変更	※変更の場合は氏名・住所欄及び変更箇所を記入して下さい。			令和 年 月 日
ふりがな		性別	生年月日	明大昭平	年 月 日
氏名	(印)	男・女	血液型		型
住所	五所川原市			町 内 名	
	建物名 (方書)				
電話	()	FAX	()		
携帯電話	()	メール	@ .ne.jp		
代理人	氏名	(印)		関係	
	住所				
指定避難場所			担当民生委員		
特記事項 (情報伝達方法や避難・支援に関する要望等) 徘徊の恐れあり、SOSネットワーク登録申請する。					

※本人が自書する場合は、押印を省略できます。指定避難所・担当民生委員がわからない場合は記入不要です。

1 登録区分(該当箇所を○で囲んでください)

1	65歳以上の高齢者世帯	一人暮らし・高齢者夫婦・その他()と同居			
2	身体障害者	無・1級・2級・3級・4級・5級・6級・7級			
3	知的障害者	無・愛護A・愛護B			
4	精神障害者	無・1級・2級・3級			
5	要介護度	無・事業対象・要支援1・要支援2 要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5			
6	妊婦	出産予定日:(記入してください)	(年 月 日予定)		
		多胎:(該当する場合、 (双子・三つ子等)○を記入してください)			
7	在住外国人	:(日本語に不慣れな方は 国籍を記載してください)			
8	その他支援を 必要とする方 (該当箇所を○で 囲むか、詳細を 記入してください)	(寝たきり・認知症有り・難聴・弱視)			
		医療救護を要する(人工透析・在宅酸素)			
		難病	()		
		その他	()		

※登録する方の顔写真(L判位の大きさ)を添付してください。

<裏面に続く>

2 特記事項

支援の区分 (○で囲んでください)	1 : 自力で避難することが困難 2 : 自力で避難できるが時間を要する 3 : 自力で避難はできるが、避難情報の判断に不安がある			
歩行能力 (○で囲んでください)	歩行可 ・ 一部介助要する ・ 歩行不可			
かかりつけ医		電話		
安心電話の有無	有 無	家族構成	人	
住居の状況 (該当箇所を○で囲むか、詳細を記入してください)	構造	1 : 木造 2 : その他()		
	区分	1 : 一戸建て 2 : 共同住宅 3 : その他()		
	階数	平屋 ・ 2階 ・ ()階	築年数	築 年

3 緊急時の連絡先

1	氏名		関係	
	住所			
	電話	()	携帯電話	()
	メール	@		
2	氏名		関係	
	住所			
	電話	()	携帯電話	()
	メール	@		
3	氏名		関係	
	住所			
	電話	()	携帯電話	()
	メール	@		

※1～2名でも構いませんので記入して下さい。

4 地域支援者（隣近所で日常生活の見守りや災害時の避難誘導の支援ができる人）

1	氏名		関係	
	住所	五所川原市		
	電話	()	携帯電話	()
	メール	@		
2	氏名		関係	
	住所	五所川原市		
	電話	()	携帯電話	()
	メール	@		
3	氏名		関係	
	住所	五所川原市		
	電話	()	携帯電話	()
	メール	@		

※ご協力いただける方に了解していただき、できるだけ記入して下さい。見つかることができなくても登録はできます。