

鏡野町災害時要援護者登録申請書

氏 名	男 ・ 女	生年月日	年 月 日
住 所	鏡野町	電話番号	
連絡方法	携帯・メール	FAX 番号	
同居家族 (続 柄)	()	()	
	()	()	
緊急 連 絡 先	氏 名	続柄	住 所
	昼		
	夜		
かかり つけ医	医療機関名・医師名	所 在 地	電話番号
身体の状況(持病)・ 介護時の留意点・ 必要な補装具等			
保健福祉サー ビス の受給状況	(内 容)		
	(事業所)		
薬剤等	使用薬、禁忌薬		
担当民生児童委員		電話番号	
連絡区			
その他参考事項			
避難支援者	氏 名	続柄	住 所
第1候補			
第2候補			

※ わかる範囲で記入してください。

※ 避難支援者は、災害など万一の時に助けに来てもらえる人がいる場合に記入してください。

同 意 書

災害時の救援活動に役立てるため「災害時要援護者台帳」に上記事項を登録し、事前に私が居住している地域の連絡区、民生児童委員、消防関係機関、並びに社会福祉協議会に配備することを同意します。

平成 年 月 日

鏡 野 町 長 様

本人氏名 _____ (印)

代理人続柄

代理人氏名 _____ (印)