

様式第1号

摂津市要援護者登録申請書

摂津市長 様

私は、摂津市災害時要援護者支援制度の趣旨に賛同し、同制度への登録を希望します。

また、私が届け出た下記個人情報を、市の関係部課、消防本部、社会福祉協議会、地域支援組織、支援者に提供し、災害時及び災害訓練時に活用されることに同意します。

年 月 日

本人氏名

代理人氏名

(続柄)

(フリガナ) 氏名	男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	
住所	摂津市	電話番号		
携帯・メール	(携帯)	FAX 番号		
	(アドレス)			
支援を要する理由	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし高齢者 <input type="checkbox"/> 療育手帳 (A) <input type="checkbox"/> 要介護認定者 (要介護3・4・5) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (1級) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (1・2級 ※心臓、じん臓機能障害のみで該当する者は除く。) <input type="checkbox"/> その他 (理由:)			
同居家族 (続柄)	()	()	()	()
緊急連絡先	氏名	続柄	住所	電話番号
	昼			
	夜			
特記事項 (身体状況・かかりつけ医・ 使用薬・介護時の留意点等)				
介護・障害福祉サービス等 受給状況	(内容) (事業所)			
居住地区名	(小学校区)	(自治会名)		
避難支援者※	氏名	続柄	住所	電話番号
第1候補				
第2候補				

※ 災害時などに助けに来てもらえる人 (避難支援者) がいる場合、事前に同意を得て、氏名及び連絡先を記入してください。