様式第1号（第3条、第6条関係）

（表）

　　　　年　　月　　日

丸亀市消防長　宛

申請者　住所

氏名

丸亀市避難困難者等登録（変更）申請書

丸亀市避難困難者等登録制度実施要綱第３条（第６条）の規定により、次のとおり登録（変更）を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 世帯主氏名 | |  | | | ふりがな |  | |
| 住所 | | 丸亀市 | | | 電話番号 |  | |
| ＦＡＸ番号 |  | |
| 健康保険 | |  | | | 保険記号番号 |  | |
| 住宅の状況 | | □　平屋建  □　　階建（　　階　　号に居住） | | | | 燃料 | □　都市ガス  □　ＬＰガス |
| 世帯状況 | 氏名 | | 続柄 | 生年月日 | | 自力避難の可・否 | |
|  | |  |  | | □　可　□　否 | |
|  | |  |  | | □　可　□　否 | |
|  | |  |  | | □　可　□　否 | |
|  | |  |  | | □　可　□　否 | |
|  | |  |  | | □　可　□　否 | |
| 親族連絡先 | 氏名 | | 続柄 | 住所 | | 電話番号 | |
|  | |  |  | |  | |
|  | |  |  | |  | |
|  | |  |  | |  | |
|  | |  |  | |  | |
| ※　協力者 | 氏名 | | 続柄 | 住所 | | 電話番号 | |
|  | |  |  | |  | |
|  | |  |  | |  | |
|  | |  |  | |  | |
|  | |  |  | |  | |

※　協力者とは、近隣者、友人等で手話通訳等ができる方を記入してください。

※　裏面も記入してください

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者氏名 | |  | | ふりがな |  | | | |
| 生年月日 | | 年　　月　　日 | | 性別 | □男　□女 | | 血液型 | Ａ　　　Ｂ  ＡＢ　　Ｏ  ＲＨ　　＋  － |
| 障害手帳 | | □　有　　□　無　　　　　等級 | | | | | | |
| 障害区分 | | □ 肢体（上肢・下肢・全身）□ 内部（視覚・聴覚・知的・精神） | | | | | | |
| 自力避難 | | □　要介助　　□　不可能 | | | | | | |
| 使用補装具 | | □　杖　□　車椅子　□　補聴器　□　その他（　　　　　　　 ） | | | | | | |
| 介護保険 | | □　要支援　　　　□　要介護１　　　　□　要介護２  □　要介護３　　　　□　要介護４　　　　□　要介護５ | | | | | | |
| 既往症 | 病名 | | 状況（治癒・治療中・在宅酸素療法・透析療法等） | | | | | |
|  | |  | | |  | | |
|  | |  | | |  | | |
|  | |  | | |  | | |
| 通院先 | 医療機関名 | | 診療科目・担当医 | | | 診察券番号 | | |
|  | |  | | |  | | |
|  | |  | | |  | | |
|  | |  | | |  | | |
| 希望収容先 | 第一希望 | | 第二希望 | | | その他 | | |
|  | |  | | | 病態に適した医療機関 | | |
|  | |  | | |  | | |

上記の内容を救急搬送時の医療機関（通院先、希望収容先等）医師への開示提供、災害や事故等の発生時における支援情報として活用することを承諾します。

　　　　　　　　年　　月　　日

氏名

大規模災害（風水害、地震等）発生時における救助･救出･援護を目的に、事前に下記の内容を下記の支援者に対して開示することを承諾します。

|  |  |
| --- | --- |
| 内容 | 住所　・　氏名　・　生年月日　・　障害区分 |
| 支援者 | 民生児童委員　・　自主防災組織　・　コミュニティ |

※　承諾する項目を○で囲んでください。

　　　　年　　月　　日

氏名