

ふりがな	たかやま たろう		性別	男・女	
要支援者氏名	高山 太郎		生年月日	大正・昭和 平成・令和	
住所	高山市 花岡 町 2丁目 18 番地				
所属町内会	無・有 ( ●●●● 町内会 ● 班)				
本人連絡先	自宅	32-3333	携帯電話	090-●●●●-●●●● FAX 35-3165	
	電子メールアドレス		●●●●@●●.●●. Com		
緊急連絡先	区分	氏名	間柄	住所	電話番号
	昼間	高山 二郎	二男	高山市●●町●●丁目●●番地	090-●●●●-●●●●
	夜間	飛驒 三郎	三男	飛驒市●●町●●番地	090-●●●●-●●●●
地区民生児童委員名	地区 ●● 委員名 ●● ●●				
介護保険要介護認定	無・有 (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)				
身体障害者手帳	無・有 ( 級、障害名 )				
療養手帳	無・有 ( A1 A2 B1 B2 )				
精神障害者保健福祉手帳	無・有 ( 級 )				
疾病等	<input type="checkbox"/> 脳梗塞 麻痺：無・有 (左上肢・右上肢・左下肢・右下肢・四肢)				
	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 (インスリン投与・透析) <input type="checkbox"/> 心臓疾患				
	<input checked="" type="checkbox"/> 肺疾患 酸素使用：無・有				
	<input type="checkbox"/> その他 ( )				
使用薬剤	●●●●●●●●●●●●●●●●				
介護・介助の注意点	災害時には、在宅酸素指示書のコピー・携帯用酸素ボンベの予備・酸素ボンベのキャリー・その他 (延長チューブ・単4乾電池4本ほか) の持ち出しが必要です。				
補装具使用	無・有 (種類： )				
移動手段	杖・シルバーカー (手押し車) ・車いす ・ その他 ( )				
かかりつけ医	名称	医師氏名	住所	電話番号	
	●●●●●●●●●●●●●●●●	●● ●●	高山市●●町●●-●●	●●-●●●●●●	
各種サービスの受給状況	サービスの内容	事業所名		電話番号	
	デイサービス	●●●●●●●●●●●●●●●●		●●-●●●●●●	
防災ラジオ設置状況	無・有				

同意書

(あて先)高山市長

私は、「高山市災害時避難行動要支援者避難支援計画」の趣旨に賛同し、名簿への登録を申請します。また、私が登録した個人情報、災害時の避難支援活動、安否確認、日ごろの支援活動等を行うため、行政、警察、市社協、民生委員児童委員、町内会、班、自主防災組織及び消防団と共有するため提供することに同意します

ご本人が申請される場合、代理人については、記入不要で

●●年●●月●●日

本人氏名： 高山 太郎

代理人氏名：

※申請者の氏名、申請書を提出する日(郵送により登録する場合は、発送する日)を記入してください。  
※申請者以外の方が申請書を提出する場合は、「代理人氏名」、「代理人住所」、「代理人電話番号」を記入してください。

代理人住所：

代理人電話番号：