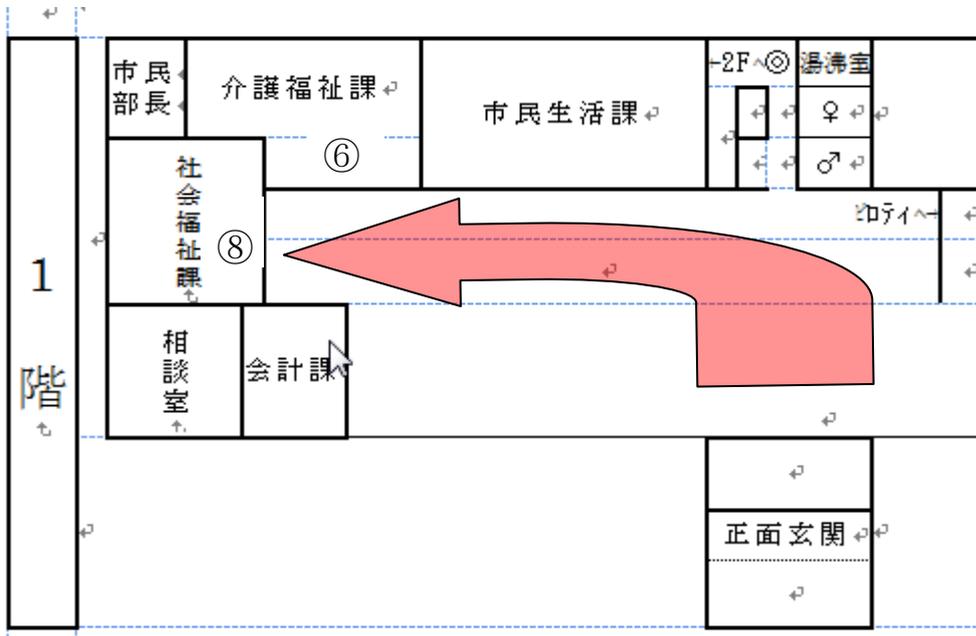


災害時要援護者登録申請書 兼 登録台帳

登録番号			申請日	平成 年 月 日	
フリガナ			生年月日	明・大・昭・平	
氏名	Ⓜ	年齢	年 月 日 (歳)		
		性別	男 ・ 女		
住所	〒 ー ー 砂川市 (方書)				
町内会	*不明な場合、記入する必要はありません。		民生児童委員	*不明な場合、記入する必要はありません。	
連絡先	自宅電話		携帯電話		
	F A X		E-mail		
<p>災害時要援護者区分（あなたが該当するすべてに、☑を付け、区分に○を付けてください。）</p> <p><input type="checkbox"/> 介護保険における要介護認定を受けており、要介護 1・2・3・4・5</p> <p><input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の交付を受けており、障害の程度が 1級・2級</p> <p><input type="checkbox"/> 療育手帳の交付を受けており、障害の程度が A判定・B判定</p> <p><input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けており、障害の程度が1級</p> <p><input type="checkbox"/> 上記に準じる状態（支援を希望する理由 _____）</p> <p>*砂川市が保有する要介護認定区分や障害等級等の個人情報についても、外部提供致します。</p>					
<p>あなたが受けたい支援に、☑を付けてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 避難時要介助（避難する時に、誰かに介助して欲しい。）</p> <p><input type="checkbox"/> 避難時誘導（自力歩行は可能なので、避難場所まで誘導して欲しい。）</p> <p><input type="checkbox"/> 避難情報伝達（避難勧告などが出た場合に、情報を伝えて欲しい。）</p>					
緊急時の 家族等の 連絡先	フリ 氏	ガナ 名	続柄	住所	電話番号（携帯電話）
					ー ー
					ー ー
<p>砂川市長様</p> <p>私は、災害時要援護者支援制度の趣旨に同意し、<u>災害時に支援が保証されるものでないこと</u>も理解し、同制度に登録することを希望します。</p> <p>また、私が届け出た個人情報を、市が消防、町内会、自主防災組織、民生児童委員、地域包括支援センター、社会福祉協議会及び支援者に提供することを承諾します。</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 _____ 氏名 _____ Ⓜ</p> <p style="text-align: right;">代理記載者 住所 _____ 氏名 _____ Ⓜ</p> <p style="text-align: right;">申請者との関係（ _____ ）</p>					

*太線で囲まれた部分へご記入ください。

災害時要援護者登録申請書 兼 登録台帳 の提出先は、
 砂川市役所 1階 介護福祉課⑥窓口又は社会福祉課⑧窓口です。



問い合わせ先

砂川市西6条北3丁目 砂川市役所 総務課庶務係

電話 54-2121 (内線367) FAX 54-2568

E-mail shomu@city.sunagawa.lg.jp

市役所処理欄

受付印	受付者印

介護福祉課	社会福祉課

↓

総務課	
-----	--

メモ