

様式1

救急医療情報キット支給申請書兼  
災害時要援護者台帳登録申込み書

徳之島町長 殿

平成 年 月 日

私は、災害や緊急時の支援を受けたいので、災害時要援護者台帳への登録と、徳之島町の関係部署（防災担当、保健福祉担当、消防本部、社会福祉協議会）、担当民生委員、地域の消防団に提供されることに同意し、救急医療情報キットの支給を希望します。

本人 印 ※自筆署名のときは押印の省略可

本人が署名できない場合

代理人 印 (本人との関係)

ふりがな			
氏名	男・女	電話番号 ( )	
		携帯番号 - -	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 歳	FAX メール	
住所	徳之島町	行政区	
かかりつけの医療機関 (○)	徳洲会病院 ・ 宮上病院 ・ 徳之島診療所 東天城クリニック ・ その他 ( )	血液型 (○をつける) A ・ B ・ O ・ AB ・ 不明 Rh ( + ・ - ・ 不明)	
同居家族 (続柄)	( )	( )	
	( )	( )	
緊急時連絡先  緊急時に連絡が取れる親族や近所の方等がいる場合は記入してください。	氏名	本人との関係	
	住所	電話番号 ( ) (携帯) - -	
	氏名	本人との関係	
	住所	電話番号 ( ) (携帯) - -	
避難支援者  近所で災害発生時に支援をしてくれる方	了解	氏名	本人との関係
		住所	電話番号 ( ) (携帯) - -
	未	氏名	本人との関係
		住所	電話番号 ( ) (携帯) - -