

様式1

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、災害発生時に地域の支援を受けたいので、災害時要援護者台帳への登録を申し込みます。また、私が届け出た個人情報、徳之島町の関係部署（防災担当、保健福祉担当、消防本部）、担当民生委員、地域の消防団に提供されることに同意します。

本人

印

本人が署名できない場合

※自筆署名のときは押印の省略可

代理人

印

(本人との関係)

ふりがな		男 ・ 女	電話番号 ( )
氏名			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。本人の了解を得た場合は「了解」に○印をつけてください。	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) - -
	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) - -



徳之島町長 殿

平成 年 月 日

私は、災害発生時に地域の支援を受けたいので、災害時要援護者台帳登録を申し込みます。また、私が届け出た個人情報（徳之島町担当、消防本部）、担当民生委員、地域の消防団に提供させていただきます。

登録及び必要時の情報提供について、同意を得た上で自署もしくは捺印をお願いします。

本人  印

ご本人の同意が確認できない場合に、ご家族や親族の方に記名をお願いします。

本人が署名できない場合 ※自筆署名のときは押印の

代理人 印 (本人の印)

ふりがな	とくのしま たろう		男・女	電話番号 ( 82 ) 1111	
氏名	徳之島 太郎			携帯番号 - -	
生年月日	明治・大正・昭和 7 年 1 月 日生	歳	FAX	メール	
住所	徳之島町 亀津1000番地		行政区	東区	
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	
同居家族 (続柄)	なし ( )		( )		
	( )		( )		
緊急時連絡先 緊急時に連絡が 取れる親族や近 所の方等がある 場合は記入して ください。	氏名	本人との関係			
	住所	＜優先順位＞ ①島内に在住する親族関係 ②島外に在住する直系(子ども など)の家族			
	氏名				
	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。 本人の了解 を得た場合 は「了解」 に○印をつ けてくださ い。	了解	氏名	支援者は、近隣に在住する方 で要援護者本人の申告により、日常的に声かけなど を行っている方を記載します。 支援者が了解されている場合は○、していない場合 は未(後日確認・検討します) 本人が支援者に心当たりがない場合は空欄でかま		
	未	住所			
	了解	氏名			
	未	住所			電話番号 ( ) (携帯) - -
	了解	氏名			本人との関係
	未	住所			電話番号 ( ) (携帯) - -

災害支援に関する調査票

調査実施者：

※ 災害発生時に、避難勧告や防災無線などの情報が迅速に伝わりますか？

- 伝わらない  十分に伝わる

視力低下のため

難聴のため

その他（

本人への聞き取り、または調査担当者が把握した状況で記載してください。

えてくれるので特に心配はない

※ 災害時に避難が必要な場合、自分ひとりで又は家族等の手助けをかりて安全に避難ができますか？

避難できない

歩行困難のため

視力障害のため

虚弱や疾患のため

その他（

杖の使用

白

家族等が

支援者はどなたですか？（→表面に記載）

余白にメモ書きなどで状況を記載していただくと助かります。

るので避難できる

災害時の支援を依頼したい方が近所にいますか？

いない

いる

（→表面に記載）

表面に支援者の氏名等の記載欄があります。

※ 災害時に避難所で過ごすにあたり、問題はないですか？

特に問題はない

何らかの配慮が必要

医療機器を使用中又は特別な処置が必要。

毎日必要な薬・医療物品がある。

病弱・障害があるなど（トイレに行くのに時間がかかる）

その他（

避難所での生活は困難なため、医療機関や施設の利用が必要。

ねたきり者・重度の認知症等のため

医療機器を使用中又は特別な処

その他（

記載できる部分のみ記載し、未記載等があってもかまいません。

※ 災害発生時等に最も不安や心配に思っていること

[ ]