

避難行動要支援者実態把握調査票【新規】

地区名		地区社協名		調査員	
-----	--	-------	--	-----	--

【 同意書 】

射水市長 宛

私は、災害発生時や地域の支えあい支援を受けるため、下記の内容を台帳に登録するとともに、その台帳を射水市、射水市消防本部、射水警察署、射水市社会福祉協議会、民生委員・児童委員、地区社会福祉協議会、自治会・町内会及び自主防災組織へ提供することに同意します。

年 月 日

本人氏名 _____ (*代筆者氏名 _____ *続柄 _____)

要支援者の状況

住 所	〒 射水市		*あてはまる項目すべてに <input type="checkbox"/> をつけてください。 <input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 障がい者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> 介助や介護が必要 <input type="checkbox"/> 難聴(聴力) <input type="checkbox"/> 弱視(視力) <input type="checkbox"/> 車いす使用 <input type="checkbox"/> 寝たきり状態 <input type="checkbox"/> その他 ()
ふりがな		性別	
氏 名		男・女	
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日		
電話番号 (FAX 番号)		携帯電話	

緊急時の連絡先(家族等)	1	ふりがな氏名		要支援者との続柄		電話番号	
		住所	〒			携帯電話	
	2	ふりがな氏名		要支援者との続柄		FAX 番号	
		住所	〒			勤務先等	
支援者(地域の方・高齢福祉推進員)	1	ふりがな氏名		要支援者との関係		電話番号	
		住所	〒 射水市			携帯電話	
	2	ふりがな氏名		要支援者との関係		電話番号	
		住所	〒 射水市			携帯電話	

※ この調査票に関する情報は、災害時や地域の支えあい支援が必要な方の実態を把握するために実施するものであり、他の目的には使用しません。

※ 問い合わせ先 射水市地域福祉課 TEL51-6625 FAX51-6657
射水市社会福祉協議会 TEL52-5190 FAX52-5852

事務局 使用欄	台帳登録	年 月 日	変 更	年 月 日	削除	年 月 日
	地図情報入力	年 月 日		年 月 日	台帳配備	年 月 日