

緑園 6丁目 災害時 地域支え合い【要援護者調査票】

緑園 6丁目自治会長 様

私は、緑園6丁目災害時地域支え合いの取組みに賛同し、下記の個人情報等について、自治会長、自治会関係役員、民生委員児童委員等、支援にかかわる者が必要に応じて、災害時に活用することを、世帯を代表して承諾します。

令和 2年 月 日

(同意者署名欄)

世帯代表者氏名

世帯代表者氏名	住所: 泉区緑園 6丁目 番 号 (班)
自宅電話番号: 045-	緊急連絡先(携帯等):

◎災害時に援護が必要なご家族

(世帯代表者が援護が必要な場合も記入ください。)

氏名・生年月日、性別	介護・障害の内容・状況について、
氏名	介護
(1925 年 9 月 25 日生) 男・女	障害
氏名	1. 高齢者 2. 一人暮らし 3. 寝たきり 4. 歩行困難
(年 月 日生) 男・女	5. 障がいがある 6. その他

◎災害時親族・親戚や地域の支援者の連絡先

親族 親戚 関係	氏名	性別	住所
	続柄	男・女	
	電話番号:		緊急連絡先(携帯等):
	氏名	性別	住所
	続柄	男・女	
	電話番号:		緊急連絡先(携帯等):
日頃、支援をお願いしている方 (もし、おられれば)	氏名	性別	住所
		男・女	
	電話番号:		緊急連絡先(携帯等):
	氏名	性別	住所
	男・女		
電話番号:		緊急連絡先(携帯等):	

《 災害時 地域支え合い【要援護者調査表】 》の趣旨

災害発生時に、要援護者の安否確認、情報伝達、救出救護、避難誘導などが地域での助合いの基に円滑に進むように、緑園6丁目自治会が、あらかじめ当該世帯を把握するものです。

ご提供いただいた個人情報は、自治会長および民生委員児童委員が厳重に管理するとともに、上記目的以外には使用いたしません。

裏面に続きます ⇒

現在治療中の病気	病 名	飲んでいる薬名	医療機関名	電話番号
要 介 護 度		ケアマネジャー	会 社 名 電話番号	氏 名
アレルギーの有無		有・無 アレルギーの原因（薬・食物・物質等）をお書きください。		