

<その他>

生活状況	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> その他 ()		
住宅の状況等	①住宅の構造 / 木造・鉄骨・その他 ②家具の固定 / 有・無 ③普段いる部屋 / 階 ④寝室の位置 / 階	見取り図 (普段いる部屋、寝室の位置等)	4 ^北
緊急通報システムの利用	有・無	かかりつけの医療機関の名前	
基礎疾患等の病名			
福祉サービス等の利用	有 () 無	利用頻度	週 回程度
避難時に配慮しなくてはならない事項	<input type="checkbox"/> 介護保険の認定を受けている場合、手帳所持【障害名】 <input type="checkbox"/> 医療機器の装着等をしている <input type="checkbox"/> 立つことや歩行ができない <input type="checkbox"/> 音が聞こえない (聞き取りにくい) <input type="checkbox"/> 物が見えない (見えにくい) <input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解がむずかしい <input type="checkbox"/> 危険なことを判断できない <input type="checkbox"/> 顔を見ても知人や家族とわからない <input type="checkbox"/> その他 (避難に車いすが必要など) ()		
特記事項	※介護時の留意点等、本人の状況・支援者にお願いしたい事等		
ハザードマップの情報	<input type="checkbox"/> 洪水浸水想定区域 (浸水深 m～ m)	<input type="checkbox"/> 土砂災害 (特別) 警戒区域 (区域内・区域外)	
※わからない場合は記入不要です。	<input type="checkbox"/> 津波浸水想定区域 (浸水深 m～ m)	<input type="checkbox"/> 高潮浸水想定区域 (浸水深 m～ m)	
自治会名等		避難所	
自主防災組織	有・無	避難場所	
担当民生委員	氏名	住所	連絡先

<代理人申請の場合>

代理人氏名	印	登録者との関係	
住所		連絡先	

受付課等名(市役所記入欄)