福祉を高める運動対象世帯調査票

民生委員（福祉委員）		担当町	
電話番号			

作成・更新日
平成　　年　　月　　日
平成　　年　　月　　日
平成　　年　　月　　日
※更新の際は赤字で記入のこと

福祉を高める運動 実施目的

この福祉を高める運動は、すべての市民が安心して住み慣れた地域でくらし続けるために、地域住民の抱える様々なニーズを把握し、住民一人ひとりの福祉ニーズに対し、適切なサービスの提供および支援がうけられるよう調整を行い、関係機関への的確な連絡や対応を行うために活用します。

氏名	フリガナ 血液型　　型	性別	生年月日		歳
住所	(電話番号:		問題区分	なし　経済問題　介護　児童問題 ひきこもり　生活状況　生計　健康 医療　虐待　家事　その他(　　)	
対象区分	要介護認定者　ひとり暮らし高齢者　障がい者 認知症　虚弱　日中独居　寝たきり(準) 母子・父子　高齢者夫婦　生活保護　その他		具体的な内容		
身体生活状況			地域関係		
配食サービスの利用	有　・　無				
緊急通報システムの設置	有　・　無				
介護保険利用の有無	有　・　無	介護度			
現在の状態	通院　・　入院　・　施設入所		障害者手帳	身体障害者手帳　種　級 (　肢体　・　視覚　・　聴覚　・内部　) 精神障害者保健福祉手帳　級 療育(知的)手帳　A　・　B	
入所施設又は医療機関名(通院・入院)	(電話番号:				
主治医名					
病名					

家族構成	氏名	続柄	生年月日	住所	備考

緊急連絡先	氏名	続柄	電話番号	住所	備考

災害時要援護者登録申請書

災害発生時に、あなたの避難を助ける家族以外の支援者を希望しますか。　（該当項目に○印をつけてください）

1.　希望します

2.　希望しません　**（ア、イのどちらかに○を付けて終了）**

ア.　支援が必要ですが希望しません
イ.　支援は必要ありません

加西市長・加西市社会福祉協議会理事長　様

私は、「福祉を高める運動対象世帯調査」「災害時要援護者支援計画」の趣旨に賛同し、台帳に登録することを希望します。

また、私が当調査票により届け出た個人情報を、市（災害時の援護）及び社会福祉協議会（平常時の支援）が、必要により自治会（自主防災組織）、民生委員・児童委員、要援護者支援者、消防署、警察署に提出することを承諾します。

平成　　年　　月　　日　　代理人住所

氏名　　印　　代理人氏名　　印　（続柄　：　　）

災害時要援護者（高齢者のみ世帯、介護が必要、障がいをもつ方など災害時の避難に支援が必要な方）は、住所、氏名をご記入ください。

フリガナ
氏　名　　住　所

自力での避難ができない理由を次から選んでください。該当する番号に○印をつけてください。（複数可）

1.　要介護認定者	2.　ひとり暮らし高齢者	3.　障がい者	4.　認知症
5.　虚弱	6.　日中独居	7.　寝たきり（準）	8.　母子・父子
9.　高齢者夫婦	10. 生活保護	11. その他（　　）	

必要な保健・医療・福祉サービスなど、特に知っておいてもらいたい事を記入してください。

災害時個別避難支援計画				
	指定緊急避難場所（一時避難場所）			
	要援護者支援者　※民生児童委員、近隣者など、避難を助けて下さる方に了解を得たうえでご記入下さい。			
	氏　名	住　所	電話番号	メールアドレス
	災害避難時に求める支援の内容			
	特記事項			

この申請に関する情報は、災害発生時に地域の援護により生命等の安全をはかるもののほか、社会福祉協議会が実施する日頃の支援活動に利用するものであり、それ以外の用途に使用したり他に情報を流したりすることを禁止します。

加西市長
加西市社会福祉協議会理事長