

地域のたすけあいネットワーク（地域の手）登録申込書

令和 年 月 日

杉並区長 あて

私は、災害時に支援が必要なため、地域のたすけあいネットワークへの登録を申し込みます。
 つきましては、下記の記載内容を、区の関係部署、地域を管轄する警察署、消防署、消防団分団、民生児童委員、介護支援専門員（ケアマネジャー）、障害者相談支援専門員及び希望する震災救援所に情報提供されることを承諾します。

申込者氏名

申込者 (登録者)	フリガナ			② 性別	男 ・ 女	登録台帳管理番号														
	①氏名					記入不要														
	③住所 (住民登録地)																			
	④生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和		年	月	日														
	⑤連絡先	TEL :		FAX :																
	⑥希望する震災救援所	学校 震災救援所																		
	⑦在宅で現在利用している医療機器	現在利用しているものがあれば□に✓をしてください。 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 酸素吸入装置 <input type="checkbox"/> 透析液加温器 <input type="checkbox"/> 電気式痰吸引器																		
⑧ 緊急連絡先	親族等	フリガナ		TEL		続柄														
		氏名		住所																
	フリガナ		TEL		続柄															
	氏名		住所																	
⑨ 障害者 ケア 相談 員・	フリガナ			事業 所名																
	氏名																			
	事業所 住所			電話																
以下の項目について、あてはまるものの□に✓をしてください。																				
⑩世帯構成	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 75歳以上の同居者のみ <input type="checkbox"/> 75歳未満の同居者あり																			
⑪日中、デイサービス等で自宅を留守にする時間帯	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 曜日・時間帯 _____ (例) 月・木 8時30分～16時 水 13時～17時																			
⑫情報伝達や移動の方法	情報伝達や移動の際に必要なものはありますか。 <input type="checkbox"/> 必要としない <input type="checkbox"/> 必要とする どのような手段が必要ですか？ <table style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 20px;"> <tr> <td rowspan="6" style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td><input type="checkbox"/> 手話</td> <td><input type="checkbox"/> 白杖</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 筆談</td> <td><input type="checkbox"/> シルバーカー</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 補聴器</td> <td><input type="checkbox"/> 介助歩行</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> FAX</td> <td><input type="checkbox"/> 車いす</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> メール</td> <td><input type="checkbox"/> 担架</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 杖</td> <td><input type="checkbox"/> その他 []</td> </tr> </table>							}	<input type="checkbox"/> 手話	<input type="checkbox"/> 白杖	<input type="checkbox"/> 筆談	<input type="checkbox"/> シルバーカー	<input type="checkbox"/> 補聴器	<input type="checkbox"/> 介助歩行	<input type="checkbox"/> FAX	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> メール	<input type="checkbox"/> 担架	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> その他 []
}	<input type="checkbox"/> 手話	<input type="checkbox"/> 白杖																		
	<input type="checkbox"/> 筆談	<input type="checkbox"/> シルバーカー																		
	<input type="checkbox"/> 補聴器	<input type="checkbox"/> 介助歩行																		
	<input type="checkbox"/> FAX	<input type="checkbox"/> 車いす																		
	<input type="checkbox"/> メール	<input type="checkbox"/> 担架																		
	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> その他 []																		
⑬災害時における注意事項、必要な支援																				
⑭備考																				
⑮ 記入者	フリガナ		TEL		続柄															
	氏名		住所																	

※民生児童委員が登録者様宅を訪問するにあたり、緊急連絡先、記入者の方にご連絡する場合があります。