

記入例

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知の上、上記の関係者・関係機関に情報を提供することに同意していただいた上で、必ず署名をしてください。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|---|------------|----------|--------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|---|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|---|
| 申込者 (登録者) | フリガナ | スギナミ タロウ | | ②性別 | 男 | 登録台帳管理番号 | | | | | | | | | | | | | |
| | ①氏名 | 杉並 太郎 | | | 女 | | 記入不要 | | | | | | | | | | | | |
| | ③住所 (住民登録地) | 杉並区 阿佐谷南 ○-○-○ 杉並マンション 101 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ④生年月日 | 明治・大正・昭和 | | | | | 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| | ⑤連絡先 | TEL: 03-1111 | 災害時に支援を希望する、近くの区立小・中学校を記入してください。あなたの登録情報を提供する震災救援所となります。 | | | | 1-1111 | | | | | | | | | | | | |
| | ⑥希望する震災救援所 | ○○○小 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"/> 透析液加温機 <input type="checkbox"/> 携帯電話でも結構です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑧緊急連絡先 親族等 | フリガナ | スギナミ イチロウ | TEL | 090-XXXX-XXXX | | 続柄 | 長男 | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 杉並 一郎 | 住所 | 杉並区阿佐谷南○-○-○ 都内である必要はありません。連絡が 取れるご親族などを記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | スギナミ ジロウ | TEL | 04X-XXXX-XXXX | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 杉並 次郎 | 住所 | ○○市○○ ○-○-○ | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑨障害者 ケア相談 相談 事業所 住所 | フリガナ | オギクボ ハナコ | | 事業所名 | ○○ケアセンター荻窪 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 荻窪 花子 | | 自身(登録者)を担当するケアマネジャーまたは障害者相談支援専門員がいる場合はご記入ください。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 事業所住所 | 杉並区荻窪○-○-○ | | 2222 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 曜日・時間帯 水・金 9時~12時 (例) 月・木 8時30分~16時 水 13時~17時 毎週定期的に留守にすることがあれば、曜日や時間帯をご記入ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 checked="" type="checkbox"/> 必要とする どのような手段が必要ですか？ <table border="0" style="margin-left: 20px;"> <tr> <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 checked="" type="checkbox"/>補聴器</td> <td><input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>杖</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>その他 { 大きな声で }</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 checked="" type="checkbox"/> 補聴器 | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 杖 | <input checked="" type="checkbox"/> その他 { 大きな声で } |
| <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 checked="" type="checkbox"/> 補聴器 | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 杖 | <input checked="" type="checkbox"/> その他 { 大きな声で } | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑬災害時における注意事項、必要な支援 | 脳梗塞の後遺症で左半身マヒで歩行が不安定。 | | | 登録者の状況や災害時に必要な支援等が分かるように記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ○○病院通院。 高血圧のための薬を毎日服用。 月・木はヘルパー利用。 | | | 訪問・連絡の際の注意事項等があれば記入してください。 また、集合住宅にお住まいで、住民登録上の住所に部屋番号の記載がない場合はこちらに記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑭備考 | プラン作成時は同席するため、訪問の連絡は記入者へ。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑮記入者 | フリガナ | スギナミ イチロウ | TEL | 090-XXXX-XXXX | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 杉並 一郎 | 住所 | 杉並区阿佐谷南○-○-○ 親族やケアマネジャー等、登録者本人以外の方が記入・提出される場合はこちらに記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | |

※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。