災害時要援護者支援カード

　　　　　町内会長　様

　　私は、下記の内容について、　　　　　町内会長が必要に応じて、災害時の支援や平常時からの事前対策の検討に活用することを承諾します。

（同意・署名欄）

平成　　年　　月　　日　　氏名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 明・大昭・平 | 年　　月　　日 | 歳 |
| 氏　名 |  |
| 性別 | 男　　・　　女 |
| 住　所 | 〒　　　－仙台市　　　　　　区 |
| 連絡先 | 電話番号 |  | 携帯電話 |  |
| ＦＡＸ |  | メール |  |
| 緊　急連絡先 | 氏　名 | 関　係 | 住所 | 電話番号 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 家族構成世帯状況 | □ 一人暮らし　　　　 | □ 　　人世帯 | □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 支援を必要とする理由 | □ 一人暮らし高齢者□ 要介護・要支援認定（　　　　　　　　）□ 視覚障害（　　　　級）□ 肢体不自由（　　　　　　　　　　　　）□ 精神障害□ その他（　　　　　　　　　　　　　　） | □ 高齢世帯□ 認知症□ 聴覚障害（　　　　級）□ 知的障害□ 難病 |
| 特記事項(健康状態など) |  |
| 必要な支援内容 |  |
| 支援者世帯や組織等の場合は代表者 | 氏名 | 住　所 | 電話番号 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |