交野市避難行動要支援者支援事業（おりひめ支え愛プロジェクト）（登録・変更）票

この登録票は、災害時の避難行動等に不安がある方の情報を地域で共有し、普段の見守り活動とともに、災害時や緊急時に少しでも敏速な対応を行うことを目的としています。

交野市長　宛

記入日：　●●●●　年　●　月　●　日

避難の支援、安否の確認、その他の生命又は身体を災害から保護を受けるために、記載情報を市及び消防署で共有されること、「1. 基本情報」を区長を通じて地域の支援者及び社会福祉協議会へ共有されること、転出等で住民票に異動があった場合は自動的に名簿から抹消されることに同意します。

本人　交野　太郎　押印不要　　代理人　押印不要　（関係

1. 基本情報 （必ず記入してください）

フリガナ	カタノ　タロウ	生年月日	大正・昭和・平成・令和・西暦
氏名	交野　太郎		＊ 年 ＊ 月 ＊ 日 80 歳
住所	交野市私部１－１－１	区名	私部区
電話番号	＊＊＊（　＊＊＊　）＊＊＊＊	性別	男・女
携帯番号	＊＊＊（　＊＊＊＊　）＊＊＊＊	同居家族数（本人を除く）	0
世帯状況（○印）	1. ひとり暮らし　2. 昼間ひとりが多い　3. 家族だけでは支援が不安		
支援を必要とする理由（○印）	1. 寝たきり　2. 歩行困難　3. 視覚に不安がある 4. 聴覚に不安がある　5. 避難時の判断が困難 6. その他、特記事項（ 右片マヒ ）		

2. 災害時・緊急時連絡先 （緊急時や災害時に必要ですのでご記入ください）

①

フリガナ	カタノ　サクラ	関係（○印）	家族・親族・友人等
氏名	交野　桜	電話番号	＊＊＊（ ＊＊＊ ）＊＊＊＊
携帯電話	＊＊＊（＊＊＊＊）＊＊＊＊	住所	交野市天野が原町５－５－１

②

フリガナ		関係（○印）	家族・親族・友人等
氏名		電話番号	（　　）
携帯電話	（　　）	住所	

3. 医療機関の情報 （消防による救急搬送時等に備えて登録したいと思われる方はご記入ください）

既往歴（主な病気）	脳梗塞
かかりつけ病院	名称：●●病院　　電話　＊＊＊-＊＊＊-＊＊＊＊