

申請書の記載例（表面）

東村山市要援護者登録申請書

平成25年 1月 15日

申請書を提出する日付をご記入ください。

ご案内をお読みになり、登録を希望する方のみ、提出してください。

東村山市長
 の台帳登録の趣旨に賛同し、要援護者台帳への登録を希望するので、下記のとおり申請書が届け出た下記個人情報及び市が保有している私に係る情報(障害及び要介護等に関する情報に限る。)について、市が東村山市要援護者の登録に関する規則第6条の規定に基づき登録情報を利用又は提供することを承諾します。

申請者氏名 **東村 太郎** (印)
 代理人氏名 **多摩 一夫** (印)
 (申請者との関係: ケアマネジャー)

申請者(要援護者)の氏名を記入し、押印してください。認印で結構です。

申請者(要援護者)とは、平常時や災害時等に支援を必要とする高齢者や障害をお持ちの方などです。

代理人が申請する場合は、代理人の氏名と押印もお願いします。代理申請できるのは「親族(親、子、兄弟など)やケアマネジャー」です。

申請者(要援護者)の情報を記入してください。

ふりがな	ひがしむら 太郎	生年	明治・大正・昭和・平成
氏名	東村 太郎	月日	13 年 1 月 12 日
住所	東村山市 本町 1丁目 1番地 1		
	〇〇アパート102号		
電話番号	042 (000) ××××	FAX	()
申請者 携帯電話	()		

障害者手帳をお持ちである、要介護認定を受けているなど、支援が必要な理由にチェックを入れてください。

要援護情報 (□にチェックしてください)

要介護認定者

70歳以上の一人暮らし高齢者 75歳以上の高齢者世帯

障害者 (身体障害者手帳 愛の手帳(知的障害) 精神障害者保健福祉手帳)

難病患者(病名:)

外国籍市民(英語 中国語 韓国語 タガログ語 その他())

その他 (登録が必要な理由:)

上記に当てはまらない方で、登録を希望される場合は登録を希望する理由を記載してください。

(例)・高齢者であり、家族がつとめに出ているので日中はひとりである。
 ・精神障害者保健福祉手帳は持っていないが、通院している。

裏面は、記入できる範囲で記入してください。
 市役所等に提供したくない情報は記載する必要はありません。

【注意事項】

この制度で登録した情報は関係機関(警察、消防、地域包括支援センター、民生委員等)に提供され、次のことに使用されます。

- ・市役所等によるみまもり支援
 (普段の生活の中で、郵便物がたまっている等の異変があった場合に、市役所等から安否確認の連絡を差し上げることがあります)
- ・消防署による支援
 (火災発生時に、支援が必要な方が近くにいること等を、消防署で把握することができます)
- ・救急車による支援
 (かかりつけ医や親族を登録いただくことで、救急時の円滑な支援が可能となります)
- ・警察署による支援
 (住民からの安否確認の通報を受けた際などに、円滑な対応が可能となります)
- ・地域の関係機関(民生委員等)の活動
 (日頃より地域で活動されている、民生委員さん等の活動の中で利用することがあります)

裏面

裏面は、「提供しても良いという情報のみ」記入してください。ご記入いただいた情報は、緊急時の支援等に活用させていただきます。

緊急時に連絡を行ってほしいご家族等の連絡先をご記入ください。

※ご本人への安否確認等で市役所などからお問い合わせを行うことがあります。

記載例:
「家族の所に泊まることもあるので、数日不在にすることもあります」
「耳が聞こえにくいので、チャイムを鳴らされてもわからないかもしれません」等

緊急時の支援(火災、救急車等)に利用されることがあります。よろしければご記入ください。

(裏面) 記入できる範囲で記入してください。記入した内容は台帳に登録され、災害時等に活用されます。何も記入しなくても構いません。

自治会名	<input checked="" type="checkbox"/> ○×自治会	※自治会に加入しているかたで、市が当該自治会長等に登録情報を提供することに同意するかたは、□にチェックを入れて自治会名を記入してください。同意しない場合は、記入しないでください。		
避難所	久米川小学校	※基本は自宅に近い市立の小学校、中学校が避難所となります。自治会等やご近所との関係で、違う学校を記入しても構いません。		
緊急時の家族等の連絡先	氏名	東村 花子	続柄(長女)	電話番号 042-△△△-××××
	住所	東村山市栄町○-●-○		
	氏名		続柄()	電話番号
	住所			
任意で記入ください(何も記載しなくても登録されます) 緊急時等に気にかけてほしいことなど、地域の関係者へ特に伝えたい内容があれば記入してください				
長女の方に、月に何日か泊まることがあります。				
利用している制度	<input type="checkbox"/> 緊急通報システム <input checked="" type="checkbox"/> 緊急安心キット <input type="checkbox"/> ヘルプカード			
血液型	AB型	就寝階(普段寝ている場所)	1階	※血液型、就寝階は救急時対応等において、消防署等で活用されます。
かかりつけ医	医療機関名	〇〇クリニック	主治医:	×× ××
かかりつけ歯科医	医療機関名:	××歯科	主治医:	〇〇 〇〇
かかりつけ薬局	薬局名:	〇〇薬局		
利用中のケアマネジャー又はヘルパー事業所	△△ヘルパーステーション			
地域の支援者	何かあった時に気をかけてくれたり、災害時等に避難を支援してくれるような方(地域の支援者)がいらっしゃる場合はご記入ください。(地域の支援者は、あくまで「地域の助け合い」によるものであり、その支援活動に伴う様々な事柄について必ずしも責任を負うものではありません。)			
1人目	氏名	東京 和男	関係 <input type="checkbox"/> 親族 <input checked="" type="checkbox"/> 近隣住民 <input type="checkbox"/> その他	電話番号 042-393-0000
	住所	東村山市本町1-●-○		
2人目	氏名		関係 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 近隣住民 <input type="checkbox"/> その他	電話番号
	住所			

加入している自治会名を記入すると、自治会長等に情報提供がされます。(加入している自治会名が分からない場合は□にチェックをいれるだけで結構です)

注1:自治会に加入されていない場合は記入しないで結構です。お住いの地域で活動されている自治会を知りたい場合は、市民協働課(042-393-5111 内線2563)までお問い合わせください。
注2:情報の提供は、本制度にご協力いただける自治会長等のみに行う予定ですのでご了承ください。

ご利用中の制度があればチェックしてください。

【制度の説明】

・緊急通報システム・・・緊急時にペンダント型のボタンを押すと、警備員等に連絡が行く制度。(当市では日常生活を営むうえで常時注意を要する高齢者や障害者が対象)

・緊急安心キット・・・あらかじめ緊急連絡先などを記載した紙を透明な筒にいれ、冷蔵庫等に入れておく制度。(当市では70歳以上の一人暮らし高齢者が対象)

・ヘルプカード・・・あらかじめ緊急連絡先等を記載し、携帯しておくことで、何かあった時に利用できるカード。(当市では障害支援課等で配布)

※各制度の詳細は担当所管にお問い合わせください。それぞれ対象要件があるため、希望してもご利用いただけない場合があります。ご了承ください。

申請者(要援護者)に何かあった時に気をかけてくれる方がいる場合はご記入ください。(日頃から交流があるご近所の方等)

ここに記載された「地域の支援者」は、あくまで善意の助け合いによりご協力いただくものです。災害時等に申請者(要援護者)を必ず助けにくるというような約束ではありませんのでご注意ください。