



④ 緊急連絡先1	フリガナ												
	氏名												
	〒											続柄	
	住所												
	電話番号												
	携帯電話												

④ 緊急連絡先2	フリガナ												
	氏名												
	〒											続柄	
	住所												
	電話番号												
	携帯電話												

⑤事業所1		⑤事業所3	
⑤事業所2		⑤事業所4	

⑥医療機関1		疾患名	
⑥医療機関2		疾患名	

⑦ 特記事項	以下の該当する項目に☑をしてください。	
	<input type="checkbox"/> 移動支援が必要 <input type="checkbox"/> (ほぼ)寝たきりである <input type="checkbox"/> 車椅子・手押し車等を使用している <input type="checkbox"/> 認知症症状がある <input type="checkbox"/> 人工呼吸器を使用している	<input type="checkbox"/> 在宅酸素を使用している <input type="checkbox"/> 人工透析療法を行っている <input type="checkbox"/> 目が(ほとんど)見えない <input type="checkbox"/> 耳が(ほとんど)聞こえない
	自力で避難できない理由や避難時に必要とする支援の内容等を記入してください。	
	(例) 車椅子押してくれる方が必要。耳が聞こえないため、防災無線が聞こえない。等	

※ 事務処理欄

所管課	<input type="checkbox"/> 長寿	・	<input type="checkbox"/> 介護	・	<input type="checkbox"/> 障がい	担当		入力日	
整理番号						宛名番号			