取扱注意(個人情報含む)

福祉避難所→保健福祉総務班（様式５）

福祉避難所への避難を希望する要配慮者報告書

福祉避難所への避難を希望する要配慮者について、下記のとおり報告します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設名 |  | | 担当者名 | |  | |
| 連絡先 | （TEL） | | （FAX） | | | |
| 報告日時 | 月　　　　日（　　）　午前・午後　　　時 | | | | | |
| 避難者  (同一世帯) | 氏　名 | 性別 | 年齢 | 本人状態 | | |
|  |  |  |  | | |
|  |  |  |  | | |
| 住　所 | | | 自宅電話番号 | | |
|  | | |  | | |
| 同伴家族 | 氏　名 | 続柄 | 備考 | | | |
|  |  |  | | | |
|  |  |  | | | |
| 親族などの  連絡先 | 氏　名 | 住　所 | | | | 電話 |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
| 特別な配慮の状況及び移送を希望する福祉避難所名  等 |  | | | | | |

※介護保険適用となる緊急入所等やショートステイによる対応の場合は、福祉避難所の対象となりませんので、連絡は不要です。

（保健福祉総務班　記入欄）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受入れ先福祉避難所名 | （担当者名） | 受入日 |
|  |  | 月　　　日 |