

総社市地域生活支援拠点緊急時連絡票（兼登録申請書）

					身体障がい	知的障がい	精神障がい	その他			
					等級						
ふりがな		性別	男・女	自宅	( )	相談支援事業所（記入担当事業所）		家族構成			
名前				TEL	—	事業所名					
住所	総社市			相談支援専門員 （担当者）							
生年月日	昭和・平成	年（西暦	年）	月	日生	TEL/携帯					
同居家族 連絡先	名前 携帯 TEL	(続柄 )		名前 携帯 TEL	(続柄 )		名前 携帯 TEL		(続柄 )		
親族・家族（同居以外）・知人など					事業所など						
優先 順位	氏名（ふりがな）	続柄	電話番号		写し	優先 順位	事業所等名	担当者	写し		
	ふりがな：		自宅		有・無				事業所		有・無
			携帯						対応時間		
	居住地：		その他						携帯		
	ふりがな：		自宅		有・無				事業所		有・無
			携帯						対応時間		
	居住地：		その他						携帯		
	ふりがな：		自宅		有・無				事業所		有・無
			携帯						対応時間		
	居住地：		その他						携帯		
普段からの「地域とのつながりづくり」のための民生委員さんへの情報提供 <input type="checkbox"/> 希望する（本連絡票の写し <input type="checkbox"/> 渡したい <input type="checkbox"/> 渡さない） <input type="checkbox"/> 希望しない （民生委員児童委員名： ）					有・無						
※成年後見人、民生委員児童委員、町内会長、大家、不動産会社など、いざという時に必要 に必要な（連絡を入れておいたほうがよい）機関や人を記入しておきましょう。					緊急連絡先以外で「緊急時連絡票（写し）」を渡している事業所等						

上の緊急連絡先に連絡がつかない場合

総社市役所 代表電話 0866-92-8200  
 総社市障がい者基幹相談支援センター 0866-92-8578

※休日夜間は総社市夜間・休日窓口につながります  
 緊急コール（休日夜間） XXXX-XX-XXXX ※登録者のみにお伝えする番号です

想定される SOS（こんなときは電話をしてください）		具体的な連絡方法（まずは①の方法で電話をしてください）	
①		①	
②		②	
③		③	

災害時の想定等にご活用ください。

避難行動要支援者名簿 <input type="checkbox"/> 登録済 <input type="checkbox"/> 未登録 <input type="checkbox"/> 不明	【災害想定と避難所】
自力（家族だけ）で避難できるか <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支援が必要	土砂災害 <input type="checkbox"/> 危険なし <input type="checkbox"/> 危険あり（ <input type="checkbox"/> イエローゾーン、 <input type="checkbox"/> レッドゾーン）
そうじゃメールマガジン・ライン配信登録 <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	避難所（ ）
【避難先がわからない場合の問い合わせ先】	河川氾濫 <input type="checkbox"/> 危険なし <input type="checkbox"/> 危険あり（ <input type="checkbox"/> ～0.5m、 <input type="checkbox"/> ～1.0m、 <input type="checkbox"/> ～2.0m、 <input type="checkbox"/> ～5.0m）
総社市役所 危機管理室 電話番号 0866-92-8599	避難所（ ）
総社市役所 福祉課（障がい福祉係） 電話番号 0866-92-8269	高潮浸水 <input type="checkbox"/> 危険なし <input type="checkbox"/> 危険あり（ <input type="checkbox"/> ～0.5m、 <input type="checkbox"/> ～1.0m、 <input type="checkbox"/> ～2.0m、 <input type="checkbox"/> ～5.0m）
※早めに避難する際に声をかけておくご近所等	避難所（ ）
氏名： 電話番号：	津 波 <input type="checkbox"/> 危険なし <input type="checkbox"/> 危険あり（ <input type="checkbox"/> ～0.3m、 <input type="checkbox"/> ～1.0m、 <input type="checkbox"/> ～2.0m、 <input type="checkbox"/> ～3.0m）
※避難所への避難(完了)を報告する支援者（事業所等）→福祉課へ報告	避難所（ ）
氏名： 電話番号：	地 震 避難所（ ）
備考	その他（ ）

①私は、総社市地域生活支援拠点に登録をします。

②緊急時対応に備え、「総社市地域生活支援拠点緊急時連絡票」の情報および支援に必要な個人情報を総社市、総社市消防、総社市障がい者基幹相談支援センター、指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者等関係者で共有することに同意します。

令和 年 月 日 本人氏名 \_\_\_\_\_