様式第１号（第４関係）

年　　月　　日

（提出先）茨木市長

申請者　住　所

ふりがな
氏　名

対象者との続柄

茨木市医療的ケア児・者を対象とした指定福祉避難所利用申請書

医療的ケア等のため常時電源の確保を必要とする方を対象とした指定福祉避難所の利用を希望するため、次のとおり申請します。

<チェックリスト>

標記の指定福祉避難所を利用するにあたり、以下のいずれかに該当することに相違ありません。

□　呼吸機能障害等により常時電源を必要とする

□　気管切開で吸引している

□　その他（電源を必要とする医療器具等を高頻度で使用しているなど）

対象者氏名	（ふりがな） ☐申請者と同じ
生 年 月 日	年　　月　　日（　　歳）
住　　所	〒 ☐申請者と同じ
電 話 番 号	
メールアドレス	
災害時避難行動要支援者名簿の登録	☐登録済 ☐未登録　→別途「災害時避難行動要支援者名簿登録申請書」を提出してください。

<裏面へ続く>

同　意　書

利用申請の審査のため、住民登録、障害種別、身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳の交付状況、障害福祉サービスの支給決定状況等を確認することに同意します。

また、申請内容について、福祉避難所の運営に関わる市の庁内関係各課と情報を共有することに同意します。

対象者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（代筆の場合）代筆者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　対象者との関係（　　）

＜個別避難計画の作成状況について＞

いずれかにチェックを入れてください

	作成している	避難先以外に変更がある場合は、修正したものを再度ご提出ください。
	未作成	下表をご記入ください。

個別避難計画の未作成の方は、下表をご記入ください。

※概ね１～２か月以内に、個別避難計画を作成してご提出ください。

※ご自身（ご家族の方）で個別避難計画の作成が難しい場合は、別途ご相談ください。

緊急時の連絡先	連絡先①（自宅・携帯）　　－　　－ 氏名：　　続柄：	
	連絡先②（自宅・携帯）　　－　　－ 氏名：　　続柄：	
医療機器の使用状況		
その他		