

医療機関 (かかりつけ) *任意でご記入ください	名称	●●●病院		
	所在	野木町〇〇200番地		
	電話番号	0000-12-3456		
利用しているサービス 事業所等	事業所名	〇〇〇事業所	連絡先	0000-34-5678
	事業所名	△△△事業所	連絡先	0000-45-6789
	事業所名		連絡先	
緊急連絡先		第1連絡先		第2連絡先
	ふりがな	のぎ いちろう	ふりがな	みまもり やすこ
	氏名	野木 一郎	氏名	見守り 安子
	住所	茨城県〇〇市▲▲番地	住所	埼玉県〇〇市××番地
	本人との関係	長男	本人との関係	長女
	電話番号	0000-98-7654	電話番号	0000-65-4321
その他 留意事項				

平常時から申請者名簿を支援等関係者（見守り協力員、地域自治組織関係者、自主防災組織、民生委員・児童委員、社会福祉協議会、介護・福祉サービス事業所等）に提供することに

同意します

チェックを入れてください。

令和 〇年 〇月 〇日

氏名 **野木 花子** \*自署してください

(代理人の場合) **上記の署名をご本人様に記入いただいた場合は記載不要です。**

氏名 \_\_\_\_\_ (本人との関係) \_\_\_\_\_

○災害の状況により、避難等の支援が行えない場合があります。ご了承ください。

※この台帳は、町が保管します。台帳に記載された情報は、災害発生時に地域の支援により生命等の安全を図るために活用するものであり、個人情報の保護に関する法律と野木町個人情報保護条例の定めにより、厳重に管理いたします。