

避難者情報シート

事業所名			
担当者		連絡先	

<避難者に関する情報>

ご本人	避難者の氏名 <small>ふりがな</small>	()	生年月日	M・T・S・H 年 月 日(歳)
	避難元市町村 におけるの住所	県 (連絡先)		
	避難先の住所 又は施設	(連絡先)		
	介護保険の状況	介護保険証の有無	有 ・ 無	
要介護認定区分 ※○を付ける		支1・支2・介1・介2・介3・介4・介5 総合事業対象者 ・ 認定なし		
備 考				
ご家族等の情報 ※状況等をわかる範囲で 記入してください。	(連絡先) 氏名	(続柄)		
	住所	— —		
	電話	— —		
ご本人が利用する介護サービスの種類等				
そ の 他 ※ご家族の状況等その他 気になる点等を記載して ください。				

※わかる範囲で聞き取りをお願いします。