世帯台帳

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 校区 | | | | | 町内会 | | | |
| 住所 | 町　　丁目　　番　　号 | | | | | | | | 方 | 電話番号 | |
| 大字　　　　　　　　　　　　番地 | | | | | | | |  | |
| 氏名 | | 性別 | 続柄 | 生年月日 | | | | | | | 援護の要否 |
|  | | 男・女 |  | 大正  昭和  平成  令和 | 年　　月　　日 | | | | | |  |
|  | | 男・女 |  | 大正  昭和  平成  令和 | 年　　月　　日 | | | | | |  |
|  | | 男・女 |  | 大正  昭和  平成  令和 | 年　　月　　日 | | | | | |  |
|  | | 男・女 |  | 大正  昭和  平成  令和 | 年　　月　　日 | | | | | |  |
|  | | 男・女 |  | 大正  昭和  平成  令和 | 年　　月　　日 | | | | | |  |
|  | | 男・女 |  | 大正  昭和  平成  令和 | 年　　月　　日 | | | | | |  |
| 【要援護者情報】 | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | 健康(身体)状況 | | | | かかりつけ医(電話番号) | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | |
| 【緊急連絡先】※一人暮らしの方は、ご記入ください。 | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | 関係 | 電話番号 | | | | 住所 | | | | |
|  | |  |  | | | |  | | | | |

法令に基づく場合、人の生命、身体又は財産の保護のために必要な場合、公衆衛生の向上又は児童の健全育成の推進に必要がある場合、国の機関もしくは地方公共団体又はその委託を受けた者が、事務を遂行することに対して協力する必要がある場合、(その他会で決めた場合、)を除き本人の承諾なしに、第三者へ情報提供することは一切いたしません。

また、この世帯台帳は、適正かつ厳重に管理し、不要となった個人情報は、役員立会いのもとで適正に廃棄するものとします。