

避難行動要支援者名簿 登録申請書兼個別避難計画書

R6.3 申請書改定

提出日 令和 年 月 日

【留意事項】

避難行動要支援者は、避難支援等関係者への情報提供に同意することにより、災害発生時における避難行動の際の支援を受ける可能性が高まりますが、避難支援等関係自身や家族の安全が前提のため、同意によって災害時の支援が必ず受けられることを保証するものではありません。

また、避難支援等関係者は、法的な責任や義務を負うものではありません。

入善町長 宛

私は、留意事項の内容を理解し、災害時の避難行動において支援を希望するため、災害対策基本法に基づく入善町避難行動要支援者名簿に登録します。

また、私が届け出た下記個人情報は、災害時の避難支援や平常時の見守りのため、入善町の関係部署、消防署、警察署、自主防災組織、民生委員、社会福祉協議会へ提供されることを承諾します。なお、登録内容に変更等が生じた場合は速やかに届出をします。

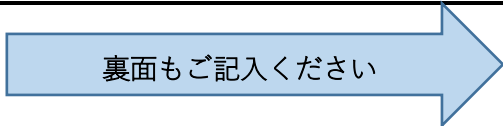
登録者の署名

代理人署名 _____

(要支援者本人) _____

(登録者との続柄: _____)

避難行動要支援者の状況	フリガナ氏名		生年月日	大正・昭和・平成・令和・西暦 年 月 日	性別	男 女
	住所	入善町				
	連絡先	(電話番号・FAX 番号)				
	私の状況 (いずれかに☑してください)	<input type="checkbox"/> 自ら避難することが困難な 65 歳以上一人暮らし <input type="checkbox"/> 自ら避難することが困難な 65 歳以上のみ世帯 <input type="checkbox"/> 要介護3・4・5の認定を受けている <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 1 級・2級の保持者 (該当部位に○印を:視覚・聴覚・体肢) <input type="checkbox"/> 療育手帳A等級の保持者 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 1 級の保持者 <input type="checkbox"/> その他、避難行動に支援が必要 (理由: _____)				
	緊急連絡先(家族・親族等)	フリガナ氏名		要支援者との続柄		電話番号 1
	住所				電話番号 2	
	フリガナ氏名		要支援者との続柄		電話番号 1	
	住所				電話番号 2	
備考						



個別避難計画	地域支援者（近隣者等）	※地域支援者となる方の了解を得た上で記入してください。地域支援者が見つからない場合は、未記入でも構いません。			
		1	フリガナ 氏名		電話番号 1
			住所		電話番号 2
		2	フリガナ 氏名		電話番号 1
			住所		電話番号 2
	災害があった場合の避難先 (☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 自宅で垂直避難 <input type="checkbox"/> 親戚・知人宅 <input type="checkbox"/> 開設された指定避難所 (具体的な場所: _____)			
	避難方法	<input type="checkbox"/> その他 (_____)			
	避難行動の支援 (A～Cのいずれかと該当項目に☑をつけてください)	A <input type="checkbox"/> 自力で避難することが可能 (念のため、安否確認をして欲しい)			
		B <input type="checkbox"/> 災害時には支援・避難の手助けが必要 <input type="checkbox"/> 歩行が不安定 <input type="checkbox"/> 災害時の移動が心配(車いす自走など) <input type="checkbox"/> 音が聞こえにくい <input type="checkbox"/> 音が聞こえない <input type="checkbox"/> 物が見えにくい <input type="checkbox"/> 物が見えない <input type="checkbox"/> 言葉や文字が理解しにくい(丁寧な説明があれば理解できる) <input type="checkbox"/> 危険性が判断しにくい(丁寧な説明があれば理解できる) <input type="checkbox"/> その他(_____)			
		C <input type="checkbox"/> 災害時には介助が必要 <input type="checkbox"/> 自力での移動が難しい <input type="checkbox"/> 食事や排泄の介助が必要 <input type="checkbox"/> 言葉や文字が理解できない <input type="checkbox"/> 危険性が判断できない <input type="checkbox"/> 車いす・担架・ストレッチャーでの移動が必要 <input type="checkbox"/> 集団での生活が困難(親しい人や専門職の対応が必要) <input type="checkbox"/> その他(_____)			
特記事項 (任意記載欄) 利用中の福祉サービスについて	・要介護度について (要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5) ・ケアマネジャー／相談支援専門員 事業所 (_____) 担 当 (_____) 連絡先 (_____) ・1週間のスケジュール・・・(例)月・木は、デイサービス利用				