

避難行動要支援者登録申請書兼登録台帳

※避難行動要支援者支援制度について、次の項目のいずれかに○印をつけてください。

<input type="radio"/>	支援を希望する	・希望する場合は、下の調査票に記入し提出してください。
<input type="checkbox"/>	支援を希望しない	・下の調査票①から⑤まで記入してください。その他の記入は不要です。 ・今回希望しない場合でも、いつでも登録することができます。

ふりがな	なか たろう		②	明治・大正・ 昭和 ・平成
①氏名	那珂 太郎	<input checked="" type="radio"/> 男・女	生 年 日	17 年 1 月 21 日 73 歳
③住所 又は居所	那珂市福田1819-5		④世帯 人数	4 人 ※本人を含めた人数
⑤電 話	029 - 298 - 1111		血液型	A・ <input checked="" type="radio"/> B・O・AB
携帯電話	090 - ○△□◇ - ○△□◇			Rh (<input checked="" type="radio"/> +・-)
緊急時 連絡先	第1 連絡先	ふりがな： なか いちろう 氏名： 那珂 一郎 住 所： 那珂市福田1819-5 続 柄： 長男 電 話： 029-298-1111 携 帯： 090-◇△◇○-◇○△□	第2 連絡先	ふりがな： しらとり さくらこ 氏名： 白鳥 桜子 住 所： 水戸市〇〇町1111 続 柄： 長女 電 話： 029-△□○-1111 携 帯： 080-◇○△○-◇○△□
	かかりつ けの病院	病院名： 〇〇総合病院 病 名： 高血圧	常に飲んでいる薬： <input checked="" type="radio"/> 有・無	既往歴： 脳梗塞

◆避難の際に必要な支援について、次の項目のいずれか1つに○印をつけてください

A	避難誘導や付き添いが必要（一般避難所で過ごすことが可能）
B	手引き・車いすなどでの避難支援が必要（支援、配慮を受ければ一般避難所で過ごすことが可能）
C	<input checked="" type="radio"/> 手話、手引きなどの支援、個室等の準備が必要（一般避難所で特段の支援、配慮が必要）
D	医療的ケア、電源を必要とする医療機器、常時の見守りが必要（福祉避難所等で専門的な支援が必要）

◆該当する区分に○印をつけてください

1	65歳以上のひとり暮らし	5	療育手帳の所持者 (<input checked="" type="radio"/> A・A)
2	65歳以上の者のみで構成される世帯	6	精神障害者保健福祉手帳の保持者(1級・2級)
3	<input checked="" type="radio"/> 介護保険法該当の要支援・要介護認定者	7	指定難病特定医療費受給者証の所有者
4	身体障害者手帳の所有者(1級・2級)	8	その他 ()

その他：具体的な身体等の状況（歩けるか・目が見えるか・耳が聞こえるか・持病など）

麻痺があり歩行が困難。ベット、洋式トイレではないと生活が困難

私は、災害時の避難行動において支援が必要となるため、那珂市避難行動要支援者支援制度への登録を調査票のとおり申請します。また、次のことに同意します。

- 避難支援、安否確認、その他の生命又は身体を災害から保護を受けるために、氏名、生年月日、性別、住所、支援が必要な事由、連絡先等を那珂市地域防災計画に定める避難支援等関係者に提供すること。
- 避難支援者自身や家族などの安全が前提のため、災害時等の避難行動の支援が必ず保証されるものではなく、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ないこと。

※避難支援等関係者：那珂市社会福祉協議会、消防本部、消防団、那珂市地域包括支援センター、福祉サービス事業者、該当する自治会、自主防災組織、民生委員及び児童委員、地域支援者、警察

那珂市長 様

平成 27 年 4 月 1 日

氏名 那珂 太郎

事務欄 (以下の欄は記入の必要はありません。)	代理	那珂 一郎	続柄 (長男)
受付担当課	個人コード		
自治会名	備考欄		

記入例

▼「支援を希望する」又は「支援を希望しない」どちらかに○をつけてください。

▼「支援を希望する」かたは、調査票すべてに記入してください。

▼「支援を希望しない」に○をつけた場合は、調査票①～⑤まで記入してください。

①氏名を記入してください

②生年月日は和暦で、記入時の年齢を記入してください。

③住所は現在お住まいのところを記入してください。

※施設等に入所している場合は、施設名を記入してください。

※施設に入所されているかた、市外にお住まいのかたは本制度への登録はできません。

④世帯人数は、同一敷地内に同居者がいる場合はその人数も含めてください。

⑤電話番号を記入してください。

▼「支援を希望する」かたは、必要事項を必ず記入してください。

・緊急連絡先 緊急時に連絡をとれるかたを記入してください。

・かかりつけの病院 かかりつけの病院名と病名を記入してください。

・常に飲んでいる薬 有または無に○をつけてください。

・既往歴 これまでにかかったことのある病気や手術などを記入してください。

▼避難の際に必要な支援についていずれかに○印をつけてください

・必要な避難支援をA～Dの中からひとつ○印をつけてください。

▼該当する区分に○印をつけてください。

・該当区分が複数の場合は、すべてに○印をつけてください。

▼その他

・身体や行動の状況を具体的に記入してください。

・特に、一般の避難所での生活が困難なかたや特別な配慮を要するかたは、その内容も記入してください。

▼情報提供の同意

・避難行動要支援者支援制度の内容をよくご理解のうえ、日付、氏名の記入、捺印をお願いします。

・代理のかたによる記入の場合は、代筆者の氏名と続柄を記入してください。

▼事務欄

・この欄は、記入の必要はありません。