

避難行動要支援者名簿情報提供同意書 兼 避難支援プラン(個別計画)登録申請書

年 月 日

避難行動要支援者名簿の登録情報の提供及び避難支援プラン(個別計画)の登録について、次のとおり届出します。

1 避難行動要支援者名簿情報提供の同意

本人住所 木津川市

(代理人)住所

本人氏名(自筆)

(代理人)氏名

(登録者との関係:)

どちらかの□に✓印をつけてください。

避難行動要支援者名簿情報の提供に同意します。

《確認事項》

※情報提供に同意されたことにより、優先的に救助されるものではありません。登録された情報は、避難支援等関係者に平常時から提供し、避難状況の確認、避難後の円滑な支援、地域の見守り活動や避難訓練の実施等のために利用します。

※近隣の避難支援者等関係者について、まずは、ご自身の安全とご家族の安全を確保した上で、登録者への支援をすることとなります。

上記確認事項の内容を理解し、この申請書に記載した内容について、平常時より、市が、避難支援等関係者（警察署・消防署・消防団・地域長・副地域長・自主防災組織・社会福祉協議会・民生児童委員・福祉専門職）へ情報を提供することに同意します。

避難行動要支援者名簿情報の提供に同意しません。

同意しない理由 : 施設に入所しているため。(施設名:)
 その他()

2 避難支援プラン(個別計画)登録申請書 [登録を希望する方は、以下をご記入ください。]

(1)登録者(申請者)

住 所	木津川市			TEL	—	
				携帯	—	
				FAX	—	
ふりがな		性別	男・女	生年月日	明・大・昭・平・令	
氏 名					年 月 日	

家族構成(本人含む)	人	寝室の位置			
住 宅 情 報	木造・非木造	昭和56年5月31日より(以前・以後・不明)に建築			

緊急時連絡先	ふりがな		続柄()	住所	TEL	
	氏 名				携帯	
	ふりがな		続柄()	住所	TEL	
	氏 名				携帯	

(2)避難行動要支援者区分 該当する区分の□に✓をつけてください。

要介護3~5

障がい者 ⇒ 身体障害者手帳1・2級 療育手帳A 精神障害者保健福祉手帳1級

- | | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> その他 ⇒ | <input type="checkbox"/> 一人暮らしの高齢者 | <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 |
| | <input type="checkbox"/> 昼間独居の高齢者 | <input type="checkbox"/> ひとり親世帯の児童(小学校まで) |
| | <input type="checkbox"/> 3歳までの乳幼児 | <input type="checkbox"/> 妊婦 |
| | <input type="checkbox"/> 上記以外の理由() | |

※裏面もご記入ください。

(3)避難場所・民生児童委員等 わかる範囲で記入してください。

行政地域名		介護保険事業所	
避難場所		担当者	
担当地区民生児童委員氏名		TEL	

(4)要配慮情報等

かかりつけの病院名 (診療科)	医師名	電話番号
① ()		()
② ()		()
③ ()		()

アレルギーの有無	有 ()	無
使用できない薬等		

病名等 (該当する項目に✓をつけてください)	※服薬のある方は、お薬手帳を常に所持し、服薬内容をいつでも提示できるようにしておいてください。
<input type="checkbox"/> 人工透析 (腹膜透析含む)	<input type="checkbox"/> 胃ろう・経口チューブ <input type="checkbox"/> オストメイト
<input type="checkbox"/> 心臓病 ⇒ <input type="checkbox"/> ペースメーカー	<input type="checkbox"/> ニトロ所持 <input type="checkbox"/> 服薬 (ニトロ以外) あり
<input type="checkbox"/> 糖尿病 ⇒ <input type="checkbox"/> インシュリン注射	<input type="checkbox"/> 服薬あり
<input type="checkbox"/> 高血圧 ⇒ <input type="checkbox"/> 服薬あり	
<input type="checkbox"/> 酸素吸入 ⇒ <input type="checkbox"/> 常時	<input type="checkbox"/> 就寝時のみ <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 難病 [] ⇒ <input type="checkbox"/> 服薬あり	<input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> その他の病名 [] ⇒ <input type="checkbox"/> 服薬あり	<input type="checkbox"/> その他 ()

災害時に特に配慮が必要なこと (該当する項目に✓をつけてください)
<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり状態 <input type="checkbox"/> 歩行器・杖等 <input type="checkbox"/> 視覚障がい
<input type="checkbox"/> 手話・筆談 (聴覚障がい、難聴等) <input type="checkbox"/> 通訳 () 語)
<input type="checkbox"/> その他 ()

その他、避難支援に関する留意事項があればご記入ください。

(5)近隣の避難支援者及び避難情報伝達者

※支援を行うこと及び関係機関に記載内容を提供されることに同意(了解)を得られた自宅近隣の方を記入ください。

① 住所	木津川市		
ふりがな		自宅電話	0774- - -
氏名		携帯電話	
支援方法			
② 住所	木津川市		
ふりがな		自宅電話	0774- - -
氏名		携帯電話	
支援方法			

※避難状況を確認の上、実際の救助が開始されるまでには、数日間かかる場合もあります。
 ※全ての方について、避難所までは近隣の皆様で協力しあって避難していただく必要があります。
 ※日常的に服用している薬は、3日分程度を「あんしんSOSカード」や避難袋に入れて、いつでも持ちだせるようにし、お薬手帳は常に所持してください。

(6)避難支援プラン(個別計画)の情報提供の同意 (同意される場合は□に✓印をつけてください。)

登録者の住所地を担当する民生児童委員にこの情報を提供することに同意します。