

(表面)

避難行動要支援者名簿 兼 避難支援プラン(個別計画)登録申請書

年 月 日

木津川市長 宛て

避難行動要支援者名簿及び避難支援プラン(個別計画)への登録について、次のとおり申請します。

本人住所 木津川市	南垣外110-9	(代理人)住所	
本人氏名(自筆)	木津川 太郎	(代理人)氏名	
		(登録者との関係)	

※どちらかの口に✓印をつけてください。

登録を希望します。(災害時に支援が必要)

《確認事項》

※登録することにより、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、避難状況の確認、避難後の円滑な支援及び平常時の確認のために利用します。
 ※近隣の避難支援者及び避難情報伝達者について、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、関係機関(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)へ情報を提供することに同意します。

登録を希望しません。

希望しない理由： 施設に入所しているため。(施設名：)
 その他()

※登録を希望する方は、以下をご記入ください。

<登録者(申請者)>

住所	木津川市		電話	75 - 1211	
	木津南垣外110-9		FAX	-	
ふりがな	きづがわ たろう	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	明・大・ 昭 ・平・令
氏名	木津川 太郎				14 年 1 月 1 日
家族構成(本人含む)	2	人	寝室の位置	(例)玄関を入れてすぐ右側の部屋	
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	きづがわ いちろう	続柄	住所	TEL
	氏名	木津川 一郎	(子)	木津川市梅美台	0774-72-0501
	携帯			○丁目○番地	携帯
緊急時連絡先	ふりがな	きづ はなこ	続柄	住所	TEL
	氏名	木津 花子	(妹)	木津川市木津南垣外	0774-75-1200
	携帯			○番地	携帯

<避難行動要支援者区分> 該当する区分に✓をつけてください。

- 要介護3~5の方
- 障害者 ⇒ 身体障害者手帳1・2級 療育手帳A 精神保健福祉手帳1級
- その他 ⇒ 一人暮らしの高齢者 高齢者のみの世帯
- 屋間独居の高齢者 ひとり親世帯の児童(小学生まで)
- 3歳までの乳幼児 妊婦
- 上記以外の理由()

※裏面もご記入ください。

記入例

← 申請書を提出する日を記入

← 本人が自署の場合の押印は不要
代理人が申請する場合は、代理人欄に記入・押印

《意思確認》

← 登録を希望する方は口に✓を入れる。

← 登録を希望しない方は口に✓を入れて、理由があればご記入ください。
※次回からお知らせを送付しないようにいたします。

《登録者(申請者)》

← 登録者(申請者)の氏名・住所等の情報を記入
寝室の位置は、毎日(ほぼ毎日)寝起きしている部屋を記入

← 緊急時の連絡先(家族・親類等)を記入

《対象区分》

← 登録者(申請者)本人に該当する項目すべてに✓を入れる。

<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	本町東区 北大路町	介護保険事業所	(例)〇〇支援センター
避難場所	〇〇小学校	担当者	〇〇 〇〇
担当地区民生児童委員氏名	〇〇 〇〇	TEL	0774-75-〇〇〇〇

<<避難場所・民生児童委員等>>

行政地域名・民生児童委員氏名…分かる範囲で記入
 避難場所…別紙「避難所一覧表」を参照して記入
 介護保険事業所…介護を利用されている方は、利用している事業所・担当者を記入

<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 京都山城総合医療センター(内科)	〇〇医師	0774 (72) 0235
② (科)		()
③ (科)		()

<<要配慮情報等>>

かかりつけの病院名…日常的に治療が必要な病気について、受診している病院名・医師名・電話番号を記入(時々、風邪等で行く病院は含まない。)

アレルギーの有無…有・無に〇印をして、有る場合は、対象のアレルギーを記入
 使用できない薬等…使用できない薬がある場合に記入

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 checked="" type="checkbox"/> 高血圧 ⇒ <input checked="" 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 ()		

病名等…該当する項目すべてに✓を入れる。
 服薬している薬名については、薬局等が発行する調剤情報のコピーを添付。
 ただし、薬名については、登録字数に限りがあるので、命に関わる薬のみの登録をお願いします。

お薬については、常に最新の情報が必要となりますので、服薬のある方は、常に「お薬手帳」を所持し、いつでも提示できるようにしておいてください。

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 checked="" type="checkbox"/> 歩行器・杖等	<input type="checkbox"/> 視覚障害
<input type="checkbox"/> 手話・筆談 (聴覚障害、難聴等)	<input type="checkbox"/> 通訳 (語)		
<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✓を入れる。

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。
例) 身体状態から、一般の避難所での生活が困難であるので、福祉避難所が開設した後、福祉避難所への入所を希望します。

その他欄…福祉避難所への入所等、災害発生時(災害発生後)の生活において、特に配慮が必要なことや不安なことがあれば記入

< 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ご記入ください。

<<近隣の避難支援者及び避難情報伝達者>>

登録者(申請者)の近隣にお住まいの方を記入
 必ず、関係機関に記載内容を提供されることの同意(了解)を得てから記入
 現在おられなければ空欄で登録いただき、後に追加することもできます。
 支援方法…「どのように支援してもらえるのか」「どのように支援して欲しいか」等を登録者(申請者)と支援者の双方で相談して記入する。

この制度は、あくまで普段からの地域の助け合い(共助)によって、少しでも災害時の被害を減らそうとするものです。
 地域の皆様の善意のご協力があって成り立つものであり、災害時の状況によっては、避難支援者が対応できないことも予想され、必ず支援を受けられるものとは限りません。
 そのため、避難支援者及び避難情報伝達者に対しては、任意の協力を求めるもので、義務や責任を負っていただくものではありません。

☆「避難情報等が出た場合に声かけを行う。」
 などの簡単な支援からでもかまいません。
 災害時に孤立しないよう、身近な方の協力を求めましょう。

※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。