

記入例

様式第1号（第4条、第8条関係）

対象者本人（対象者が18歳未満の場合は保護者）の住所・氏名を署名・捺印してください。

平成30年 〇月 〇日

観音寺市長 宛て

申請者 住所 観音寺市坂本町一丁目1番1号
 氏名 市役所 太郎 市役所印
 対象者との続柄 本人

観音寺市避難行動要支援者登録（変更）申請書

次のとおり登録（変更）を申請します。

| | | | | | |
|------------------|---|----------------------|--|-----|---|
| フリガナ 対象者氏名 | シヤクショ タロウ 市役所 太郎 | フリガナ 保護者氏名 | 〇〇〇〇 〇〇〇〇 (対象者が18歳未満の場合記入) 〇〇 〇〇〇 | | |
| 生年月日 | S〇〇年〇〇月〇〇日 (〇〇歳) | 性別 | <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 血液型 | A |
| 住所 | 〒768-8601 観音寺市坂本町一丁目1番1号 | | | | |
| 電話番号 | 0875-XX-XXXX | 自治会名 | <input type="checkbox"/> 未加入 <input checked="" type="checkbox"/> 加入 (〇〇〇〇) | | |
| 携帯電話番号 | 090-XXXX-XXXX | FAX番号 | 0875-XX-XXXX | | |
| 同居家族 | 氏名：市役所 行動 (続柄 長男) | 氏名：市役所 ひな子 (続柄 長男の妻) | | | |
| | 氏名：市役所 守 (続柄 長男の子) | 氏名： (続柄) | | | |
| 避難支援等を必要とする事由 | <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険法における要介護認定を受けている者 (認定区分 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5) <input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳の交付を受けている者 (障害の程度 <input type="checkbox"/> 1級 <input checked="" type="checkbox"/> 2級) <input type="checkbox"/> 療育手帳の交付を受けている者 (障害の程度 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者 (障害の程度 1級) <input type="checkbox"/> 難病患者の認定を受けており、自力避難が困難で名簿登録を希望する者 <input type="checkbox"/> 75歳以上の高齢者のみの世帯の者で、自力避難が困難で名簿登録を希望する者 <input type="checkbox"/> 未就学児で、名簿登録を希望する者 <input type="checkbox"/> その他 (理由) | | | | |
| ◆緊急時の家族等の連絡先 | | | | | |
| フリガナ 氏名 | 対象者 との続柄 | 住所 | 自宅電話番号 (携帯電話番号) | | |
| しやくしょ 市役所 行動 | 長男 | 観音寺市坂本町一丁目1番1号 | 0875-XX-XXXX (090-XXXX-XXXX) | | |
| しやくしょ 市役所 ひな子 | 長男の妻 | 観音寺市坂本町一丁目1番1号 | 0875-XX-XXXX (090-XXXX-XXXX) | | |
| かんおんじ 観音寺 安子 | 長女 | 観音寺市観音寺町甲〇〇〇番地 | 0875-XX-XXXX (090-XXXX-XXXX) | | |

該当する項目に、をつけてください。

自治会名を記入してください。

※裏面も記入してください。

個 別 計 画

| | | | |
|--|--|----------------------------|---------------------------|
| ◆避難支援者（災害時に支援する人） ※避難支援者となる人の同意を得てください。 | | | |
| 住 所 | 観音寺市観音寺町甲〇〇〇番地 | | |
| 氏 名 | 安全 まもる | | |
| 自宅電話番号 | 0 8 7 5 - X X - X X X X | 携帯電話番号 | 0 9 0 - X X X X - X X X X |
| 住 所 | 観音寺市坂本町〇丁目〇番〇号 | | |
| 氏 名 | 太平 よう子 | | |
| 自宅電話番号 | 0 8 7 5 - X X - X X X X | 携帯電話番号 | 0 9 0 - X X X X - X X X X |
| かかりつけ医 | 医療機関名 | 〇〇〇〇病院 | 電話番号 0875-XX-XXXX |
| | 医療機関名 | 〇〇〇〇病院 | 電話番号 0875-XX-XXXX |
| 治療中の病気 又は障害名 | 〇〇〇〇〇 | | |
| 治療（障害） 内 容 | 現在〇〇治療中（〇〇病院週〇回通院）など | | |
| 避難時に携行 するもの | <input type="checkbox"/> 杖 <input checked="" type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 補聴器 <input checked="" type="checkbox"/> 薬（血圧の薬・ニトログリセリンなど） <input checked="" type="checkbox"/> その他（酸素供給装置など） | | |
| 避難時に配慮 してほしいこと等 | あてはまるもの全てに<input checked="" type="checkbox"/>をつけてください。 <input checked="" type="checkbox"/> 立つことや歩行が困難である <input checked="" type="checkbox"/> 音が聞こえない（聞き取りにくい） <input type="checkbox"/> 物が見えない（見えにくい） <input checked="" type="checkbox"/> 言葉や文字の理解が難しい <input checked="" type="checkbox"/> 危険なことを判断できない <input type="checkbox"/> 顔を見ても知人や家族とわからない <input checked="" type="checkbox"/> その他（ ・普通食は食べられません。 ・トイレは介助が必要です。 ） | | |
| 避難場所 | 別紙参照！ | | |
| 民生委員・児童委員氏名 | 〇〇 〇〇〇 | 電話番号 | 0875-XX-XXXX |
| 居宅介護支援事業所 | 〇〇〇〇居宅介護支援事業所 (ケアマネジャー：〇〇 〇〇〇) | 担当者がいる場合のみ記入してください。 | XXXX-XX-XXXX |
| 相談支援事業所 | 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 (相談支援専門員：〇〇 〇〇〇) | | XXXX-XX-XXXX |

該当する項目にをつけてください。

平常時の情報開示について

上記の内容を避難行動要支援者名簿に登録するとともに、その内容を支援等のために避難支援等関係者（消防や警察、自主防災組織、社会福祉協議会、民生委員・児童委員等支援を行うのに必要と思われる機関、団体及び個人）に対して、平常時に情報を提供することに

同意します 同意しません

※同意の有無について、必ずいずれかにをつけてください。

- ※ 避難行動要支援者名簿に登録すること及び避難支援等関係者への情報提供に同意することにより、災害時に支援が必ず行わ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。
- ※ 施設入所（ショートステイを除く）をされた場合は、自動的に登録が抹消されます。