

## 四街道市避難行動要支援者名簿登録申請書(調査票)兼情報提供同意書

登録番号

要 支 援 者	ふりがな 氏 名	よつかいどう たろう 四街道 太郎	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
	住 所	四街道市鹿渡無番地		

(あて先) 四街道市長

私は、平常時から災害の備えを行っていくための避難行動要支援者名簿に登録し、私の個人情報を、  
区・自治会、民生委員等の避難支援等関係者に提供することに

☐同意します☐同意しません ( ☐自力で避難できるため ☐個人情報の提供に不安があるから☐その他【理由： ( )】

※避難支援等関係者：四街道市では「消防、警察、民生委員・児童委員、社会福祉協議会、自主防災組織、  
区・自治会、避難所運営委員会、地域包括支援センター、障がい者基幹相談支援センターその他の避難支援  
等の実施に携わる者」としています。

〇 年 〇〇月 〇〇日 (本人又は代理人) 氏名 四街道 太郎 (続柄) 本人

※「同意します」にチェックした人は下記太枠部分をご記入ください。

該当区分 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 要介護(1・2)と認定された65歳以上のひとり暮らしの者 <input type="checkbox"/> 要介護認定者(要介護度3・4・5) <input type="checkbox"/> 身体障がい者(手帳1・2級・下肢機能障害3級) <input type="checkbox"/> 知的障がい者(療育手帳①(①1, ①2)、A1、A2) <input type="checkbox"/> 精神障がい者(手帳1級) <input type="checkbox"/> 妊産婦及び乳幼児 <input type="checkbox"/> 難病患者 <input type="checkbox"/> 日本語に不慣れな在外国人 <input type="checkbox"/> その他( )				
電 話	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		FAX	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
携 帯	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		メールアドレス	〇〇〇〇@〇〇〇〇.〇〇.〇〇	
【 個 別 避 難 計 画 】					
自治会名	〇〇自治会(区)(口未加入)		民生委員児童委員名	〇〇 〇〇	
緊急時 連絡先 ① 続 柄 ( )	ふりがな 氏 名	よつかいどう はなこ 四街道 花子	緊急時 連絡先 ② 続 柄 ( )	ふりがな 氏 名	よつかいどう いちろう 四街道 一郎
	住 所	〇〇県〇〇市〇〇-〇-〇		住 所	〇〇県〇〇市〇〇-〇-〇
	電 話	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		電 話	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	携 帯	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		携 帯	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	メールアドレス	〇〇〇〇@〇〇〇〇.〇〇.〇〇		メールアドレス	〇〇〇〇@〇〇〇〇.〇〇.〇〇
家族構成・同居状況等		居住建物			
・四街道太郎(本人)	建築時期	昭和〇〇年	構造	木造・その他	
	耐震診断	実施・未実施	家具の固定	あり・なし	
【避難に関する特記事項】					
・四街道花子(妻)	1日・1週間の行動スケジュール等(不在日、デイサービスの利用日等)				
・四街道一郎(子)					
・月、水、土：〇時～〇時 デイサービス					
・火、木、金、日：在宅					

※避難支援者は、法的な責任や義務を負うものではありません。

避難支援者 ①	氏名又は団体 <small>ふ り が な</small>	〇〇 〇〇		
	住 所	四街道市鹿渡〇〇		
	電 話	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	携 帯	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	メールアドレス	〇〇〇〇@〇〇〇〇.〇〇.〇〇	続 柄	
避難支援者 ②	氏名又は団体 <small>ふ り が な</small>	〇〇自治会 自主防災組織		
	住 所			
	電 話		携 帯	
	メールアドレス		続 柄	
利用している福祉サービス等（該当に☑）		<input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 障がい福祉サービス <input type="checkbox"/> 緊急通報装置（協力員：                      ）		
相談支援専門員・ケアマネジャー		事業所名：〇〇介護サービス 担当者名：〇〇 〇〇 連絡先：：〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 利用しているサービス：デイサービス、福祉用具（ベッド、車いす）		
避難行動の支援（あてはまるものすべてに☑）		<input type="checkbox"/> 声かけが必要 <input type="checkbox"/> 声かけ以外の方法が必要 [                      ] <input type="checkbox"/> 立つこと等が不自由なので介助が必要 <input type="checkbox"/> 車いすの介助が必要 <input type="checkbox"/> 目や耳が不自由なので介助が必要 <input type="checkbox"/> 担架、ストレッチャー等での介助が必要 <input type="checkbox"/> 常備薬、医療器具等の携行、運搬の介助が必要 <input checked="" type="checkbox"/> その他 [   おむつの持ち出し                      ]		
避難生活の支援（あてはまるものすべてに☑）		<input type="checkbox"/> 常時介助が必要 ⇒ <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 [                      ] <input type="checkbox"/> その他                      [                      ]		
かかりつけ医療機関		病院名：   △△病院                      ☎：〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		
既往症及び治療中の病気		糖尿病・高血圧・白内障等		
避難時に携行する医薬品		服用中の薬                      （置いている場所）キッチン前の食器棚		
最初に避難する場所		※各区・自治会の指定避難場所を記載		
避難場所等情報 ・避難経路（自宅から避難場所までの経路） ・避難時の注意点		・自治会館に集合してから、〇〇〇〇（指定避難場所）へ向かう。 ・車いすを利用して移動。 ・避難時は、おむつと服用中の薬を携行する。 <div style="text-align: right;">等</div>		