

記入例

避難行動要支援者避難支援制度登録申込書

(あて先) 小千谷市長

私は、風水害等の災害の発生が予測され、避難が必要となった時に、ひとりで避難することが困難なため、地域の方の援助が必要となりますので、避難行動要支援者避難支援制度への登録を申し込みます。

また、私の避難支援を目的として、本申込書の内容を、自主防災会、町内会、民生委員・児童委員、警察署、消防本部等の避難支援者に提供することに同意します。

登録番号 (小千谷市記入欄)		申込日	令和 年 月 日
フリガナ	オチヤ タロウ		生年月日 (西暦)
氏名 (署名)	小千谷 太郎		〇〇〇〇年 〇月〇〇日 (〇〇 歳)
			年齢
			性別
住所	〒947-0028 小千谷市城内2-7-5		
町内会	*不明な場合は、記入する必要はありません。 城内	自主防災会	*不明な場合は、記入する必要はありません。 城内自主防災会
連絡先	自宅電話	83-3515	携帯電話
	FAX	携帯電話、FAX、メールアドレスがある場合は記入してください。	
世帯状況 (該当に○)	1 ひとり暮らし ② 日中ひとりになることが多い 3 その他		
対象者の状況 (該当に○)	<p>① 災害時に自力で避難することができないなど、避難に当たり支援を要し、かつ、家族の支援が得られないおそれがある65歳以上の一人暮らし高齢者・高齢者のみの世帯及び高齢者と児童(15歳未満)のみの世帯の者</p> <p>2 介護認定要介護3以上の者</p> <p>3 身体障がい者(身体障害者手帳1~2級の者及び身体障害者手帳3~4級の者のうち、視覚・聴覚に障がいがある者で単身者又は同一障がい者のみの世帯の者)</p> <p>4 知的障がい者(療育手帳A判定)</p> <p>5 精神障がい者(精神障害者保健福祉手帳1級)</p> <p>6 難病患者のうち、災害時に自力で避難することができない者</p> <p>7 在宅医療機器使用者</p> <p>8 その他市長が特に認める者()</p> <p>・上記1から7の分類で程度の判定には該当しないが、避難行動に当たり支援を要するなど、避難行動に特に不安がある名簿登録の希望者</p>		

* 裏面も記入してください。

[障がい等級などについて] * 記入する必要はありません。

小千谷市が保有する次の障がい等級などの個人情報についても、提供します。

- (1) 介護認定要介護区分
- (2) 身体障がい (障がい等級・障がい種別)
- (3) 知的障がい (障がい程度)
- (4) 精神障がい (障がい等級)
- (5) 指定難病 (難病疾患名)
- (6) 高齢者現況調査等で知り得た情報

在宅医療機器使用状況 (在宅医療機器を使用している方は記入してください。)

(在宅医療機器は、停電等により作動しなかった場合に生命の維持が困難となるものなど。)

使用機器	1. 人工呼吸器 2. 吸引器 3. その他 ()
------	----------------------------------

※該当する番号を○で囲んでください。その他を○で囲んだ場合はかっこ内に医療機器を記入してください。

緊急時に連絡が取れる親族等を記入してください。

緊急連絡先 (緊急時に連絡が取れる親族や近所の方等がいる場合は、記入してください。)

氏名	小千谷 大次郎	本人との関係	次男
住所	東京都世田谷区〇〇〇〇	電話番号	03-〇〇〇〇-〇〇〇〇
氏名	防災 花子	本人との関係	長女
住所	小千谷市桜町〇〇〇	電話番号	83-〇〇〇〇

利用施設 (申込人の方が利用している福祉施設等がありましたら記入してください。)

施設名	デイサービスや短期入所等で利用している福祉施設等がありましたらご記入ください。(利用している曜日等がわかりましたらご記入してください。)	施設種別 利用状況	
所在地		施設 電話番号	

代理人 (申込人以外の方が申込書を記入する場合は、記入してください。)

氏名	小千谷 次郎	本人との関係	長男 (同居の家族)
住所	小千谷市城内2-7-5	電話番号	83-3515

メモ・連絡事項

受付印