

避難行動要支援者登録申請書兼情報提供同意書兼個別避難計画書

佐賀市長 様

私は、災害発生時に地域の支援を受けたいので、次の内容を避難行動要支援者名簿に登録するとともに、この申請書兼個別避難計画書の情報を民生委員・児童委員、自治会、自主防災組織、社会福祉協議会、地域包括支援センター、佐賀県警察、消防局、消防団等に平常時から提供されることに同意します。

※この申請書の提出により情報提供に同意されたものとみなします。

年 月 日

申請者氏名 _____ (印) ※自署でない場合は押印をお願いいたします。

私（申請者）は、以下の方にこの申請書の代理記入をお願いします。

【代理記入された方は記入してください】

代理人氏名 _____ 申請者との関係 _____

代理人住所 _____

記

1 申請者の基本情報			
ふりがな 氏 名	性 別		男 ・ 女
	生年月日		年 月 日生
住 所	〒 佐賀市	自宅電話	
		携帯電話	
		F A X	
身体等の状態 *該当する□に✓を してください。ま た、カッコ内に該 当する区分や等級 等を記入してくだ さい。	<input type="checkbox"/> 要介護（要介護度：要介護____） <input type="checkbox"/> 身体障がい（身体障害者手帳：肢体____級、視覚____級、聴覚____級） <input type="checkbox"/> 知的障がい（療育手帳 ____） <input type="checkbox"/> 精神障がい（精神障害者保健福祉手帳____級） <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 発達障がい <input type="checkbox"/> その他 （ _____ ）		
世帯の状況 *該当する□に✓を してください。	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 65歳以上のみの世帯 ※65歳以上のみの2人以上の世帯 <input type="checkbox"/> その他世帯 ※上記以外の世帯		
緊 急 連絡先	氏 名		氏 名
	連絡先	(自) (携)	連絡先 (自) (携)
	住 所		住 所
	間 柄		間 柄
自治会名			民生委員

2 申請者の避難支援情報

*該当する□に✓をしてください。

登録者番号：

避難支援の程度	<input type="checkbox"/> 自力で避難できるが、避難指示等の情報を教えてほしい <input type="checkbox"/> 寝たきり等で自力避難が困難なので、避難時に手助けがほしい <input type="checkbox"/> その他 ()		
避難支援員 ※支援員が決まらない場合「なし」と記入	氏名		
	連絡先	(自) (携)	(自) (携)
	住所または校区(地区)		
	間柄		
	できること	<input type="checkbox"/> 高齢者等避難など情報伝達 <input type="checkbox"/> 避難しているかの確認 <input type="checkbox"/> 避難先に一緒に行く <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 高齢者等避難など情報伝達 <input type="checkbox"/> 避難しているかの確認 <input type="checkbox"/> 避難先に一緒に行く <input type="checkbox"/> その他 ()
避難支援員情報を避難支援等関係者に提供することに同意します。	同意チェック欄 <input type="checkbox"/>	同意チェック欄 <input type="checkbox"/>	
避難先			
避難方法	(例)避難支援員の〇〇さんと車で△△避難所に避難する。		
特記事項	<input type="checkbox"/> 避難する時に配慮してもらいたいこと (例)耳が聞こえにくいので声掛けの時に大きい声でゆっくり話しかけてほしい。		
	○治療中の病気・けが	あり ・ なし	
	「あり」の場合	<input type="checkbox"/> 傷病名： <input type="checkbox"/> 現在服用中のお薬などの名称：	
	○かかりつけ医	名称：	連絡先：
	<input type="checkbox"/> 常時利用している電源が必要な医療・介護機器 ※該当するものに○ 人工呼吸器 ・ 痰吸引機 ・ 自動腹膜灌流装置 ・ 電動車いす 酸素濃縮装置 ・ その他 ()		
	<input type="checkbox"/> 普段利用している福祉サービス事業所 ・ 名称： ・ 電話番号： ・ 利用日 (毎週：月 火 水 木 金 土 日 曜日) (毎月： 日 ・ 不定期) ・ ケアマネージャーまたは相談員の名前： さん		
備考			