

※記入欄は裏面もあります

様式第1号（第4条関係）

登録申請書記入例（表）

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。

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

申請者氏名 佐賀 太郎 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 佐賀 一郎 申請者との関係 **長男**
代理人住所 佐賀市〇〇町〇番〇号

記

1 申請者の基本情報			
ふりがな	さが たろう	性別	男 ・女
氏名	佐賀 太郎	生年月日	昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日生
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 佐賀市〇〇町〇番〇号	自宅電話	0952-00-0000
		携帯電話	080-0000-0000
		F A X	
身体等の状態 *該当する口に✓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 checked="" type="checkbox"/> 要介護（要介護度：要介護 2 ） <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 *該当する口に✓をしてください。	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input checked="" 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	佐賀 栄子	氏名
	連絡先	(自)0952-00-0000 (携)080-0000-0000	連絡先
	住所	佐賀市〇〇町〇番〇号	住所
	間柄	妻	間柄
自治会名	佐賀自治会		民生委員 民生 次郎

2 申請者の避難支援情報 *該当する□に✓をしてください。

登録申請書記入例 (裏)

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 checked="" 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 ()		
※支援員が決まらない場合「なし」と記入	氏名	若橋 桜	佐賀 大吉
	連絡先	(自)0952-00-0000 (携)080-000-0000	(自)0952-00-0000 (携)080-000-0000
	住所または校区(地区)	佐賀市〇〇町〇番〇号	〇〇校区(または自治会名等)
	間柄	長女	隣人
	できること	<input type="checkbox"/> 高齢者等避難など情報伝達 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> その他 (避難時に荷物を運ぶ)
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 checked="" type="checkbox"/>	同意チェック欄 <input checked="" type="checkbox"/>
避難先	〇〇公民館、妹の自宅 など		
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	○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	<input checked="" type="checkbox"/> あり ・ なし	
	「あり」の場合	○傷病名： 高血圧 ○現在服用中のお薬などの名称： 〇〇の薬 など	
	○かかりつけ医	名称： 〇〇病院	連絡先： 0952-00-0000
	○常時利用している電源が必要な医療・介護機器	人工呼吸器 ・ 痰吸引機 ・ 自動腹膜灌流装置 酸素濃縮装置 ・ その他 ()	
○普段利用している福祉サービス事業所	・ 名称： さがヘルパー ・ 利用日 (毎週： <input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 木 <input checked="" type="checkbox"/> 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： 葉隠 華 さん		
備考			

・避難する際に手助けしてくれる
 「避難支援員」については、同居の家族や近所の方など、できるだけ見つけて記入してください。
 ・また、「避難支援員」となる方に直接了承を得てから記入してください。
 ★登録することで必ず支援が受けられるというわけではなく、避難支援員が法的な責任を負うものでもありません。

「傷病名」は差し支えない範囲でご記入ください。
 「お薬などの名称」は特に必要なものをご記入ください。