

避難支援プラン・個別計画（災害時避難行動要支援者登録申請書）

かすみがうら市長 宛て

平成 年 月 日

私は、災害時避難行動要支援者登録制度の趣旨に賛同し、同制度に登録することを希望します。

また、私が届け出た下記の個人情報を市関係部局間で共有するとともに、民生委員・児童委員、社会福祉協議会、行政区、自主防災組織、消防機関や警察機関、在宅介護支援センター等の避難支援者へ提供することを承諾します。

本人署名： _____

(代理人署名： _____ 続柄： _____)

行政区等			担当民生委員・児童委員名		
住 所	かすみがうら市		電話番号 メールアドレス	自宅：	— —
				携帯：	— —
フリガナ 氏 名	(男・女)		生年月日	FAX：	— —
				年 月 日 (歳)	
種 別	①在宅の要介護認定者(要介護)・ ②身体障害 級(内部・視覚・聴覚 級) ・ ③知的障害 級 ・ ④単身世帯の精神障害 級 ・ ⑤市の生活支援を受けている難病患者 ⑥ その他 ()				
緊急連絡先					
氏 名 (フリガナ)		続柄	住 所	電話番号 (自宅・携帯・勤務先)	
世帯状況	世帯主名：		かかりつ けの医者	医師名：	
	家族構成：			医療機関名：	
その他の状況：				住所：	
				電話：	
緊急通報装置設置 (有・無)			薬を飲んでいる病気・アレルギー等		
地域ケアシステム利用 (有・無)					
特記事項 (身体の状況等) ※○をつけてください。(いくつでも可) また、知らせる意思の無い方は記入の必要はありません。					
1 音が聞こえない、聞き取りにくい		9 状況を理解しにくい		16 その他、特に知っておいてほしいことをご記入ください	
2 物が見えない、見えにくい		10 精神的な動揺がはげしい			
3 声が出ない、うまく話せない		11 家族や知人を判別できない			
4 立つことや歩行ができない		12 在宅酸素療法をうけている			
5 支え等につかまることができない		13 人工呼吸器を付けている			
6 座った姿勢がとれない		14 人工透析をうけている			
7 車椅子を使用している		15 特殊な治療薬剤を常用している			
8 杖や歩行器を使用している		(薬名：)			

避難支援者 (行政区内や自主防災組織、福祉関係者、ボランティアなどの近隣の協力者から複数名
／ 区長や民生委員・児童委員でないこと)

※ 避難支援は、支援者の任意の協力によって行われるものです。また、支援者の不在や被災等によって支援が困難になる場合もあります。

氏名 (フリガナ)	関係	住所	電話番号 (自宅・携帯・勤務先)

居宅建物の間取り図

(居宅建物の構造：)
例：木造2階建て、昭和〇年建築

避難経路

(避難所名：)
経路を→→→で表示してください。

--	--

※玄関は△、普段いる部屋は○、寝室は●、2階建ての場合は階段を⇒で表示してください。

担当している介護保険事業者・在宅介護支援センター・障害福祉サービス事業者等

事業者名	電話番号	利用しているサービス