

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

記入例

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。

ここに記載した個人情報を関係機関へ提供することに承諾する場合に、必ず署名する。
本人が書けない時は、代理人署名でも可。

本人署名： 霞ヶ浦 一郎

(代理人署名： _____ 続柄： _____)

行政区等	大塚団地		担当民生委員・児童委員名	民生花枝	
住所	かすみがうら市 下稲吉5555-5		電話番号 メールアドレス	自宅:	0299-59-2111
				携帯:	-
フリガナ 氏名	カスミガウラ イチロウ 霞ヶ浦 一郎 (男・女)		生年月日	FAX:	0299-59-2111
				アドス:	
種別	①在宅の要介護認定者(要介護 3)		②身体障害 1級 (内部)	視覚・聴覚 1級	
	③知的障害 A級		④単身世帯の精神障害 1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)
霞ヶ浦 広	長男	かすみがうら市大和田999	029-897-1111
千代田 恵子	長女	土浦市神立中央9-9-9	090-123-4567
家族、親類等の身近な方で連絡が可能な方			

世帯状況	世帯主名:	霞ヶ浦 一郎	かかりつけの医者	医師名:	美並 太郎
	家族構成:	本人のみ		医療機関名:	土浦協同病院
	その他の状況:	家族同居の場合は、本人夫婦、 子供夫婦、孫2人など		住所:	土浦市
			電話:	029-823-9999	

緊急通報装置設置 (有・無)
地域ケアシステム利用 (有・無)

薬を飲んでいる病気・アレルギー等
高血圧、糖尿病

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 音が聞き取れない、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	ひざと股関節に痛みがあるため、歩くのに介助が必要
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 (薬名: _____)	
⑧ 杖や歩行器を使用している		

プライバシーに配慮し、本人が知らせたくない時は、記入の必要はありません

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)
ウシワタ コウイチ 牛渡 幸一	隣人	下稲吉 5555-6	0299 - 59 - 2222
シシクラ サチコ 宍倉 幸子	同じ常会	下稲吉 5432-1	0299 - 59 - 3333

必ず本人の同意を得て、「避難支援者確認書 (又は誓約書)」に署名をもらう。原則として、2名以上ですが、身体状況が軽度の方や、家族で1名は対応可能の方は、1名でも可。
見つからない場合は、「仮登録」で申請し、引き続き支援者を探してください。

居宅建物の間取り図 (居住建物の構造: 木造平屋建て、昭和60年建築) 例: 木造2階建て、昭和〇年建築	避難経路 (避難所名: 下稲吉小学校) 経路を→→→で表示してください。
	<p>「避難所兼避難場所一覧」から、一番近い場所</p>

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

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
ケアセンター千代田	0299 - 59 - 8888	ケアプラン作成
特養 かすみがうら	029 - 897 - 7777	デイサービス、訪問介護