

避難行動要支援者(要配慮者)台帳 登録申請書

南国市長 あて

私は避難行動要支援者（要配慮者）台帳への登録申請について下記の通り希望します。

登録を希望します

登録を希望しません

長期入院中のため
必要ありません施設入所中のため
必要ありません

※該当理由の番号に○をしてください

1. 自力で避難できるため
2. 家族の支援を受けられるため
3. その他

入院中の病院名、または入所施設名

下記に署名をお願いします

氏名：

※以上で記入箇所は終了です。地域福祉支援係へご提出ください。

※これ以降は、“登録を希望します”を選択した場合のみご記入ください。

個人情報開示に関する同意欄

私は、次の事項に同意します。

- (1) 地域の減災に向けた体制作りを目的に、台帳に登録された私の情報を平常時から下記の組織が共有すること。
※南国市で把握している世帯構成、介護保険要介護認定、障がい者手帳及び療育手帳の情報も共有します。
- (2) 下記の組織で保有する情報（台帳登録事項に限る）が今後台帳に登録されること（更新に際しても同様）。
 - ・市関係部署（福祉事務所・危機管理課・長寿支援課・保健福祉センター・消防本部）
 - ・地域支援者（自主防災組織・民生児童委員・消防団）
 - ・南国市社会福祉協議会
 - ・南国市地域包括支援センター
- (3) 南国市が定める避難行動要支援者に該当する場合には、避難行動要支援者として、上記組織及び高知県警察と情報共有すること。

令和 年 月 日

登録者氏名

代理記入者氏名

登録者との続柄：（ ）

上記の登録希望欄及び同意欄に記入後、以下より、登録内容をご記入ください（裏面もご覧ください）。

1. 登録者について

フリガナ 氏 名	(男・女)	生年月日	大正 / 昭和 平成 / 令和 年 月 日
住 所	〒 南国市	血液型	A / B / O / AB
自宅の 状 況	昭和56年6月1日以降に建築 / 昭和56年5月31日以前に建築（非耐震） / 耐震化工事済 / わからない		
電 話	携帯電話番号		
F A X	Eメールアドレス		
特記事項 (該当する 番号すべてに○)	1 日中一人暮らし 2 杖等の歩行補助具を使用 3 車椅子使用 4 寝たきり 5 人工呼吸器/酸素療法 6 人工透析 7 吸引器（電源必要） 8 自分で、災害や避難の必要性を判断できない(理解できない) 9 特定疾患（難病）		

2. 同居者（同居者がいる場合は全員ご記入ください。同居者がいない場合は空白でかまいません。）

	氏 名	続 柄	生 年 月 日		氏 名	続 柄	生 年 月 日
①			・ ・	③			・ ・
②			・ ・	④			・ ・

3. 利用中の介護保険・障害福祉等のサービス計画作成事業所について(該当する場合のみ記入) 裏面

サービス計画作成事業所	事業所名 (ケアマネジャーや相談支援員等の事業所)
-------------	---------------------------

4. 緊急時の連絡先について(市内外は問いません。どなたかを必ずご記入ください。)

※この情報を避難支援組織(個人情報開示に関する同意欄(2)を参照)に提供することについて、同意を得た上で記入してください。

フリガナ		続 柄	フリガナ		続 柄
氏 名			氏 名		
住 所	〒		住 所	〒	
電 話 番 号		携 帯 電 話 番 号		電 話 番 号	
Eメールアドレス			Eメールアドレス		

5. 災害時に避難を支援してくれる方について(できる限りご記入ください)

※この情報を避難支援組織(個人情報開示に関する同意欄(2)を参照)に提供することについて、同意を得た上で記入してください。

フリガナ		続 柄	フリガナ		続 柄
氏 名			氏 名		
住 所	〒		住 所	〒	
電 話 番 号		携 帯 電 話 番 号		電 話 番 号	
Eメールアドレス			Eメールアドレス		

6. かかりつけの医療機関について

※服用薬については、主治医と相談の上、余裕をもって備え、避難時はお薬手帳と一緒に持参するようにしましょう。

①	医療機関名：	治療中の病名等：
②	医療機関名：	治療中の病名等：

7. 災害時の避難支援について

※避難時に必要な日用品(オムツ・補聴器等)や医療用品(ガーゼ・経管栄養剤・チューブ等)は持参するようにしましょう。

※避難時に杖等の歩行補助具や車椅子が必要な場合は、事前に備えておきましょう。

声掛け・会話をする際の留意事項			
避難する際に必要な支援の内容 (必要補助用具など)			
避難先での留意事項 (支援内容)	避難場所	風水害時	
		震災時	