



□□□□□□□□□□□□

### 1 登録希望調査欄

(該当するほうに☑を記入してください。)

希望します

登録を希望する方は、以下の欄に記入し、提出してください。



### 2 個人情報開示に関する同意欄

私は、次の事項を確認の上、避難行動要支援者名簿に登録し、個別避難計画を作成することに同意します。

1. 避難行動要支援者名簿に登録される情報及びこの情報を基に作成される個別避難計画に記載の情報について、災害時はもとより、日頃から地域での支援等が得られるよう、避難支援等関係者(地域コミュニティ協議会、連合自治会、民生委員・児童委員、自主防災組織、地区社会福祉協議会、市社会福祉協議会、消防機関、警察機関、その他避難支援等の実施に携わる関係者)に提供すること。
2. 避難支援等関係者が名簿登録情報及び個別避難計画に記載の情報を更新すること。
3. 避難支援者や避難支援等関係者は、自身や家族等の安全が前提であるため、名簿の登録等により、災害時の避難支援が必ずなされることを保証するものではなく、避難支援者等は、法的な責任や義務を負うものではないこと。

年 月 日 申請者(登録希望者)名 (印)

代理記入者名 (申請者との関係: )

### 3 名簿登録者情報

フリガナ			
氏名	生年月日	性別	
住所	世帯人数 (本人含む)	人	
連絡先	固定電話	携帯電話	
FAX	自治会	<input type="checkbox"/> 加入 自治会名 <input type="checkbox"/> 未加入	
避難支援等を必要とする事由	1. 要介護認定3~5 2. 身体障害者手帳1級・2級 3. 療育手帳A・Ⓐ 4. 精神障害者保健福祉手帳1級 5. 障害支援区分3~6 6. 難病患者等 7. 75歳以上の高齢者のみの世帯 8. 1~7の条件に準じる者		

### 4 緊急連絡先(家族等)

緊急連絡先 ①	住所		
	フリガナ		
氏名	続柄( )	電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他( )
		携帯電話	
緊急連絡先 ②	住所		
	フリガナ		
氏名	続柄( )	電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他( )
		携帯電話	

### 5 避難支援者

【注意】必ず避難支援者本人に、避難支援者となることの承諾と、この情報を避難支援等関係者に提供することについて、同意を得た上でご記入ください。

避難支援者 ①	住所		
	フリガナ		
氏名・名称	本人との関係( )	電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他( )
		携帯電話	
避難支援者 ②	住所		
	フリガナ		
氏名・名称	本人との関係( )	電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他( )
		携帯電話	

### 6 避難場所等

避難する上で段差や急勾配等、特に注意を要する事項がある場合は「避難経路等」(別紙)にご記入ください。

避難場所 ①	<input type="checkbox"/> お住まいの地区の指定避難所	施設名称		
	<input type="checkbox"/> その他の避難場所	住所	名称・氏名等	電話等
避難場所 ②	<input type="checkbox"/> お住まいの地区の指定避難所	施設名称		
	<input type="checkbox"/> その他の避難場所	住所	名称・氏名等	電話等

### 7 その他

身体状況	該当する番号に☑をつけてください。 <input type="checkbox"/> 1. 寝たきり <input type="checkbox"/> 2. 歩行困難 <input type="checkbox"/> 3. 足腰等が弱く移動に時間がかかる <input type="checkbox"/> 4. 視覚に障害がある <input type="checkbox"/> 5. 聴覚に障害がある <input type="checkbox"/> 6. 避難の必要性の判断が困難 <input type="checkbox"/> 7. その他( )
配慮事項等	避難時に必要な器具等 (例: 杖、車いす等)
	常備薬等
	情報伝達方法 (例: 手話、筆談等)
その他特記事項	その他 (例: アレルギーに関する情報等)
	(例: 利用福祉サービス・利用施設等)