

避難行動要支援者登録申請書兼登録台帳

私は、災害時の避難行動において支援が必要となるため、茨城町避難行動要支援者支援制度への登録を申請します。また、この制度は避難支援等関係者自身や家族などの安全が前提のため、災害時等の避難行動の支援が必ず保証されるものではなく、また、避難支援等関係者は、法的な責任や義務を負うものではないことを理解し、避難支援、安否確認、その他の生命又は身体を災害から保護を受けるために、氏名、生年月日、性別、住所、支援が必要な事由、連絡先等を茨城町地域防災計画に定める避難支援等関係者に提供することに同意します。

令和 年 月 日

茨城町長 宛

氏名 _____ 印 _____
代理 _____ 続柄 ()

フリガナ		男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和				
氏名				年 月 日 (歳)				
住所 又は居所	茨城町			世帯 人数	人	※本人を含めた人数		
電話	(自宅)	(携帯)	(FAX)					
区名			担当民生委員					
緊急時 連絡先	第1 連絡先	氏名：			第2 連絡先	氏名：		
		住所：				住所：		
		続柄：				続柄：		
		電話：				電話：		
		携帯：				携帯：		
居住建物の 構造等			普段いる部屋：					
かかりつけの 病院	病院名：			常に飲んでいる薬： 有 ・ 無				
	病名：			既往歴：				
◆避難の際に必要な支援について、次の項目のいずれか1つに○印をつけてください								
A	避難誘導や付き添いが必要（指定避難所で過ごすことが可能）							
B	手引き・車いすなどでの避難支援が必要（支援、配慮を受ければ指定避難所で過ごすことが可能）							
C	手話、手引きなどの支援、個室等の準備が必要（指定避難所で特段の支援、配慮が必要）							
D	医療的ケア、電源を必要とする医療機器、常時の見守りが必要（福祉避難所等で専門的な支援が必要）							
◆該当する区分に○印をつけてください								
1	65歳以上のひとり暮らしの高齢者		5	療育手帳 (A) ・ A 所持者				
2	65歳以上の高齢者のみの世帯		6	精神障害者保健福祉手帳1級・2級を所持している単身世帯				
3	介護保険法該当の要介護3以上		7	町の生活支援を受けている難病患者				
4	身体障害者手帳1・2級の所持者 (心臓、じん臓機能障害のみで該当する方を除く)		8	その他 ()				
その他：具体的な身体等の状況 (要介護や障がいの状況、歩行の可否（車いすが必要か）、避難時に携帯する医薬品など具体的にご記入ください。)								

※同意の意思について、変更の申し出がない限り自動継続とします。

※避難支援等関係者：自治会や行政区等の公共的団体、民生委員児童委員、町社会福祉協議会、町地域包括支援センター、町消防本部、町消防団、茨城地区交番(警察)