

# 記入例

## 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 2年 2月10日

茨城町長 宛

氏名 茨城 太郎 印  
代理 茨城 一郎 続柄 ( 長男 )

フリガナ	イバラキ タロウ		明治・大正・ <input checked="" type="radio"/> 昭和	平成・令和	
氏名	茨城 太郎	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	30年 1月 1日 (65歳)	
住所 又は居所	茨城町 小堤1080		世帯 人数	2 人 ※本人を含めた人数	
電話	(自宅) 029-292-1111 (携帯) 090-0000-0000 (FAX) 029-292-1111				
区名	小堤区	担当民生委員	防災 太郎		
緊急時 連絡先	第1 連絡先	氏名: 茨城 一郎 住所: 茨城町長岡000 続柄: 長男 電話: 029-292-0000 携帯: 090-0000-0000	第2 連絡先	氏名: 茨城 花子 住所: 茨城町奥谷000 続柄: 妹 電話: 029-292-0000 携帯: 090-0000-0000	
	居住建物の 構造等	木造2階建 普段いる部屋: 日中は玄関の右側の居間、夜間は居間の隣室			
	かかりつけ の病院	病院名: 〇〇総合病院 病名: 高血圧	常に飲んでいる薬: <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 既往歴: 脳梗塞		
	◆避難の際に必要な支援について、次の項目のいずれか1つに〇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	<input checked="" type="radio"/> 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)				
◆該当する区分に〇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 <input checked="" type="radio"/> A ・ A 所持者		
2	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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記入ください。)					
麻痺があり歩行が困難。ベッド、洋式トイレでないと生活が困難。 高血圧症の薬を常に飲んでいる。					

### ◆情報提供の同意

- 避難行動要支援者登録制度の内容をよくご理解のうえ、日付、氏名の記入、捺印をお願いします。
- 代理の方による記入の場合は、代筆者の氏名と続柄を記入してください。

### ◆「支援を希望する方」は、必要事項を必ず記入してください。

- 氏名を記入してください。
- 生年月日と申請時の年齢を記入してください。
- 住所は現在お住まいの住所を記入してください。

### ※施設に入所されている方、町外にお住まいの方は本制度への登録はできません。

- 世帯人数は、同一敷地内に同居者がいる場合はその人も含めてください。
- 電話番号を記入してください。
- 区名を記入してください。
- 担当民生委員 民生委員の方の氏名がわかる場合には、記入してください。
- 緊急連絡先 緊急時に連絡をとれる方を記入してください。
- 居住建物の構造等 お住まいの建物の構造について記入してください。
- 普段いる部屋 日中や夜間に、普段いる部屋の場所を記入してください。
- かかりつけの病院 かかりつけの病院名と病名を記入してください。
- 常に飲んでいる薬 有または無に〇をつけてください。
- 既往歴 これまでにかかったことのある病気や手術などを記入してください。

### ◆避難の際に必要な支援についていずれかに〇印をつけてください。

- 必要な避難支援をA~Dの中からひとつ〇印をつけてください。

### ◆該当する区分に〇をつけてください。

- 該当区分が複数の場合は、すべてに〇印をつけてください。

### ◆その他

- 身体や行動の状況を具体的に記入してください。

※特に、指定避難所での生活が困難な方や特別な配慮を要する方は、その内容も記入してください。

※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)