

登別市避難行動要支援者名簿登録申請書 (兼きずなづくり台帳)

登別市長 様
登別市社会福祉協議会会長 様

避難に支援が必要な方(避難行動要支援者)の情報について、平常時から名簿情報を町内会や民生委員・児童委員などに提供し共有することで、情報伝達や安否確認など災害時における避難支援に活用します。

あなたは避難の支援が必要ですか (いずれかに☑をつけてください)

不要

必要

- 同居家族等の支援が受けられる
- 長期入院・施設入所等で自宅にいない
- 自力で避難することができる
- その他 ()
上記理由のため、避難支援は不要です。

住 所 : _____

本人氏名 : _____

記入終了です。このまま提出ください。

※支援が必要になった場合は、改めて市へ申し出てください。

在宅で、自力又は同居家族等の支援だけでは避難が困難であり、

- 要介護3～要介護5の認定
- 身体障害者手帳1級又は2級を所持
- 療育手帳Aの判定
- 精神障害者保健福祉手帳1級を所持
- 難病患者(特定疾患等)
- その他 ()
上記に該当するため、避難支援が必要です。

個人情報

私は災害時に避難支援を受けられる可能性を高くするため、私の個人情報(裏面内容)を避難支援等関係者に対して、平常時から情報提供することについて

同意します

同意しません

住 所 : _____

本人氏名 : _____ (代筆 : _____ 続柄等 : _____)

※災害時の状況によっては、支援者の多くも被災者になりうることから、必ず支援が受けられることを保証するものではありません。また、法的な責任や義務を負うものではありません。
※個人情報について「同意しません」と回答した方については、災害時にのみ情報を共有します。

避難支援が必要な方は、裏面の記入をお願いします

【差し支えのない範囲でご記入ください。】

記入日／ 年 月 日

基本項目（申請者本人に関すること）

ふりがな 氏名			生年 月日	明・大・昭・平・令 年 月 日
	(男・女)			
住所	登別市 町 丁目 番地 【加入している町内会等名 : 】			
連絡先	自宅電話		携帯電話	
同居人の有無	□あり (人) □なし			

緊急連絡先（登録及び情報を提供することについて同意を得たうえでご記入ください。）

氏名	本人との関係	住所	連絡先（携帯）
			(電話)
			(電話)

関係者連絡先

ケアマネジャー (介護) 相談支援専門員 (障がい)	(事業所)	(担当者)	(電話)
民生委員・児童委員	(氏名)	(電話)	
かかりつけ医	(病院名)		

緊急時に支援が必要となる申請者の状態【該当する項目に○をつけてください】

1. 歩いて移動ができない	2. 耳が不自由	3. 目が不自由
4. 状況を理解しにくい	5. 座った姿勢が取れない	6. 医療器材を使用している
7. 特殊な治療薬剤を常用している	8. 持続的な医療行為が必要	9. 常に介護が必要
10. 支援者に知ってほしいこと ()		