

(表)

避難行動要支援者名簿 登録申請書

由利本荘市長 様

私は、由利本荘市避難行動要支援者名簿に登録を希望すると共に、避難支援等関係者に対し、平常時から名簿情報を提供することを同意します。

申出日 令和 年 月 日

1 申出者 (本人)

フリガナ			性別	
氏名				
生年月日	年 月 日			
住所	由利本荘市			
	建物名・部屋番号等			
連絡先	電話番号	—	—	
	携帯電話	—	—	

2 代理人 (代理人が提出する場合のみ記載)

フリガナ			本人との 関係	本人から見て
氏名				
住所				
連絡先	電話・携帯	—	—	

裏面の記載もお願いします



(裏)

3 緊急連絡先 ※緊急時に連絡がとれる親族等がいる場合、記入してください。

フリガナ		本人との 関係	本人から見て
氏名			
住所			
連絡先	電話・携帯	—	—

4 身体等の状況

身体状況	<input type="checkbox"/> 立つことや歩行することができない（寝たきり） <input type="checkbox"/> 自立歩行できる <input type="checkbox"/> つえ、歩行器使用 <input type="checkbox"/> 車いす（介助あり） <input type="checkbox"/> 車いす（介助なし） <input type="checkbox"/> その他（ ）
	<input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 大きな声であれば会話できる <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	<input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> その他（ ）
	<input type="checkbox"/> 言葉（声）が出ない <input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解が難しい <input type="checkbox"/> 危険なことを理解できない <input type="checkbox"/> 顔を見ても家族や知人とわからない <input type="checkbox"/> その他（ ）
暮らしの 状況	<input type="checkbox"/> 長期入院中または施設入所中で自宅にいない <input type="checkbox"/> 同居している親族がない <input type="checkbox"/> 身近に避難支援をお願いできる人がいない <input type="checkbox"/> 昼間の時間、一人きりになる <input type="checkbox"/> 一人で外出することができない
サービスの 利用状況	【介護】居宅介護支援事業所（ ） <input type="checkbox"/> 訪問サービス <input type="checkbox"/> 通所サービス <input type="checkbox"/> 短期入所サービス <input type="checkbox"/> その他 【障害福祉】相談支援事業所（ ） <input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> その他（ ）
特記事項	※かかりつけ医療機関、現在受けている治療等について、特に知っておいてほしいことがあれば記入してください。

5 災害時避難行動要支援者個別支援計画の作成

「公助」には限界があるため、災害時には、避難行動要支援者またはその家族による「自助」、地域による助け合いである「共助」がきわめて重要です。

いわゆる災害弱者といわれる、一人暮らしの高齢者、要介護者、障がい者等が、災害時にどのような避難行動をとればよいのかについて、一人一人の状況に合わせて作成する個別の避難行動計画です。

作成の意思がある

今のところ、作成する必要はない

※ 上記から選択の上、レ点でチェックしてください。