（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　　　　 | □立つことや歩行することができない（寝たきり）　□自立歩行できる□つえ、歩行器使用　　　□車いす（介助あり）　　　□車いす（介助なし）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □聞こえない　□聞こえにくい　□大きな声であれば会話できる□筆談　　　　□手話　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □見えない　　□見えにくい　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □言葉（声）が出ない　　　　　　□言葉や文字の理解が難しい□危険なことを理解できない　　　□顔を見ても家族や知人とわからない□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 暮らしの状況 | □長期入院中または施設入所中で自宅にいない□同居している親族がない　　　　□身近に避難支援をお願いできる人がいない□昼間の時間、一人きりになる　　□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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□訪問サービス　□通所サービス　□短期入所サービス　□その他【障害福祉】相談支援事業所（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　□身体介護　　　　□家事援助　　　　□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。