

阿見町災害時避難行動要支援者登録申請書兼個人情報提供同意書 (個別計画)

〇〇年 〇〇月 〇〇日

同意欄

阿見町長 殿

私は、避難行動要支援者台帳整備事業の趣旨に賛同し、登録を希望するので申請します。
 また、私が届けた下記の個人情報を町が地域支援者（居住する地区の民生委員・児童委員）及び公共機関（町の関係部署、稲敷広域消防本部、牛久警察署、阿見地区交番、ひたち野交番及び阿見町社会福祉協議会、要支援者の居住する地区の区長・自主防災組織）に提供することに同意します。合わせて、必要に応じて近隣住民等の協力者に住所、氏名、世帯状況等の必要最小限の情報を提供することに同意します。

登録者住所	阿見町 中央〇丁目〇番〇号	代理人住所	
フリガナ	アミ タロウ	フリガナ	
氏名	阿見 太郎 (印)	氏名	(印)
		登録者との関係	

必ず、捺印をお願いします。

登録者本人が署名できない場合に記載してください。

登録記入欄

- 新規（太線内を記入して下さい） 変更（二重線枠と変更箇所を記入して下さい）
 登録削除（二重線枠のみ記入して下さい）

行政区名	〇 〇	民生・児童委員名	〇〇 〇〇
------	-----	----------	-------

1. 避難行動要支援者（登録者）

住所	阿見町 中央〇丁目〇番〇号	電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇
		FAX番号	△△△-△△△△
フリガナ	アミ タロウ	生年月日	明大(昭)平 10年 3月 4日
氏名	阿見 太郎 (男・女)		血液型 A
<input checked="" type="checkbox"/> 高齢者等	<input checked="" type="checkbox"/> 主として65歳以上の方で構成される世帯の方 <input checked="" type="checkbox"/> 一人暮らし高齢者 ・ <input type="checkbox"/> 高齢者夫婦等世帯の高齢者) <input type="checkbox"/> 要介護度3以上の方		
<input type="checkbox"/> 障害者	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (<input type="checkbox"/> 1級 ・ <input type="checkbox"/> 2級) (<input type="checkbox"/> 視覚 ・ <input type="checkbox"/> 聴覚 ・ <input type="checkbox"/> 平衡 ・ <input type="checkbox"/> 言語 ・ <input type="checkbox"/> 上肢 ・ <input type="checkbox"/> 下肢 ・ <input type="checkbox"/> 体幹 ・ <input type="checkbox"/> 内部) <input type="checkbox"/> 療育手帳 (<input type="checkbox"/> A, <input type="checkbox"/> A) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (1級)		
<input type="checkbox"/> その他	()		

2. 緊急時の家族等連絡先

①	住所	土浦市 〇〇1-2-3	続柄	電話番号	自宅 (携帯) ・ 勤務先
	フリガナ	アミ ジロウ	弟	〇〇〇-〇〇△△	
	氏名	阿見 次郎			
②	住所	東京都 〇〇区 △△1234	続柄	電話番号	自宅 (携帯) ・ 勤務先
	フリガナ	アミ ハナコ	子	03-〇〇〇-〇△□〇	
	氏名	阿見 花子			

3・特記事項

世帯状況	ひとり暮らし ・ 高齢者のみの世帯 ・ その他（親子世帯等）	
かかりつけ病院 （名称及び電話番号）	〇〇 医院 電話番号 888 - 〇〇〇△	〇〇大学附属病院 電話番号 888 - 〇△〇△
携行する医薬品等	〇〇〇 と △△△	
持病やアレルギー	例：高血圧、糖尿病、人工透析が必要、食物アレルギーなど	
必要補装具	例：車イス、補聴器、眼鏡など	
緊急通報システムの有無	有 ・ 無	

4. 住居・防火の状況

住居	就寝場所	1階北側	普段居る場所	1階東側
火災警報器の設置	有 ・ 無		消火器の設置	有 ・ 無

5. 避難支援者（災害時に登録者の避難を支援してくれる方）

①	フリガナ	いばらき さぶろう		登録者との関係	住所	阿見町 中央 〇-〇-2
	氏名	茨城 三郎		例：近所、親族など		
	電話番号	888-〇×△□	FAX			
②	フリガナ	みほ いちろう		登録者との関係	住所	阿見町 中央 〇-〇-5
	氏名	美浦 一郎		例：消防団など		
	電話番号	888-〇×△□	FAX	887-〇△×□		

注： 避難支援者を記入する場合は、必ず本人の了解を得て記入して下さい。

避難支援者は、登録者の近所に居住されている方で、支援することに同意した方を記入して下さい。避難支援者をお願いすることは、災害時の安否確認・避難の手助け等です。

6. 避難場所・避難支援方法

※避難場所について、別紙一覧参照して下さい。

指定避難場所	阿見中学校		避難経路等
指定避難所から福祉避難所 （さわやかセンター）へ	移動します ・ 移動しません		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1;"> <p style="text-align: center;">自宅</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">〇〇 公会堂</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">〇〇 商店</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">(阿見中学校) 避難所</p> </div> <div style="flex: 0.2; text-align: center; font-size: 2em;"> ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ </div> <div style="flex: 0.5; text-align: center; font-weight: bold;"> 徒歩・車イス等の移動方法 </div> </div>
支援時における身体等援助事項	<p>下記該当箇所に○を付けてください</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 生命を維持するための薬が必要です。 2 車椅子が必要です。 3 人工透析が必要です。 4 人工呼吸器が必要です。 5 酸素ボンベや酸素濃縮器が必要です。 6 たん吸引器が必要です。 7 医療行為が必要です。 8 ゆっくり話してください。 9 <input checked="" type="checkbox"/> なるべく大きな声で話してください。 10 認知症等のため、道や施設内で迷うことがあります。 11 話を理解が出来ない場合があります。 12 その他 () 		

*大きな目標物・信号
徒歩、同乗・車椅子等