

## 大治町避難行動要支援者登録申請書兼個別避難計画提供同意書

申請年月日 令和 〇 年 〇 月 〇 日

大治町長 殿

私は、災害時の支援活動に役立てるため、大治町、地域支援者、消防(海部東部消防署)、警察(津島警察署)、民生委員・児童委員、町社会福祉協議会、自主防災組織、消防団及び自治会等の避難支援等関係者が行う事前対策の検討や防災訓練、災害時における支援又は円滑な支援活動のための平素からの見守り活動等のため、災害時避難行動要支援者登録台帳に登録し、個別避難計画等の私の情報を避難支援等関係者へ提供することについて、

☒ 同意します☐ 同意しません

本人との続柄 ( )

本人氏名 大治 太郎

代理人氏名

## 要支援登録者

|                                      |                                                                                                                                                                                                           |                    |                |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------|
| フリガナ<br>名 前                          | 林ハル 太郎<br>大治 太郎                                                                                                                                                                                           | 地区名                | 〇〇             |
| 住 所                                  | 大治町大字 〇〇字 〇〇 648-21                                                                                                                                                                                       | 性別                 | 男<br>女         |
| 血液型                                  | ① ・ B ・ O ・ AB                                                                                                                                                                                            | 生年月日               | 19〇〇 年 〇 月 〇 日 |
| 電話番号                                 | 052-〇〇〇-〇〇〇〇                                                                                                                                                                                              | FAX番号              | 052-XXXX-XXXX  |
| 携帯番号                                 | △△△-△△△-△△△△                                                                                                                                                                                              | メールアドレス            | 〇〇@〇〇.co.jp    |
| 自宅の状況                                | 構造【 木造 ・ 鉄骨 ・ 鉄筋 2 階建 】<br>※寝室の位置、普段いる部屋等 1階建物北側奥の寝室                                                                                                                                                      | 本人含む同居世帯の状況        | 1 人世帯          |
| 要支援者区分                               | 該当に〇                                                                                                                                                                                                      | 要支援者区分             | 該当に〇           |
| 在宅のひとり暮らし高齢者および高齢者のみの世帯の者で要介護認定3以上の者 | 〇                                                                                                                                                                                                         | 療育手帳A判定を受けている者     |                |
| 身体障害者手帳2級以上を有する者                     | 視覚・聴覚・肢体<br>内部・人工透析                                                                                                                                                                                       | 精神障害者保健福祉手帳1級を有する者 |                |
| 利用中の福祉サービス                           | 福祉・介護サービス事業所 名称 〇〇〇<br>電話番号 052-△△△-△△△△                                                                                                                                                                  | 難病患者               | 〇              |
| 避難情報の伝達等                             | ①. 大治町メール配信サービスに登録し、情報を得ている。<br>②. 大治町LINEや町ホームページより情報を得ている。<br>③. 大治町防災情報等電話・FAX配信サービスを利用し情報を得ている。<br>④. 携帯端末による緊急速報メールにより情報を得ている。<br>⑤. 自主防災組織等の地域から連絡をもらうことになっている。<br>⑥. テレビ、ラジオから情報を得る。<br>⑦. その他 ( ) |                    |                |

## 緊急時の家族等の連絡先

|    | 氏 名   | 続柄 | 住 所           | 電話番号・メール      |
|----|-------|----|---------------|---------------|
| 第1 | 大治 二郎 | 弟  | 大治町大字〇〇字〇〇 12 | 052-〇〇〇-〇〇〇〇  |
| 第2 | 海部 花子 | 長女 | 〇〇市大字〇〇字〇〇 51 | XXX-XXXX-XXXX |

## 地域支援者

※制度の趣旨を説明し、同意を得られた方について記載してください。地域支援者なしでも登録できます。

|    | 氏 名   | 住 所           | 電話番号・メール     |
|----|-------|---------------|--------------|
| 第1 | 愛知 太郎 | 大治町大字〇〇字〇〇 23 | 052-△△△-△△△△ |
| 第2 |       |               |              |

※登録制度は災害時に必ず助けに来てもらえるといったことを保証する制度ではありません。避難支援等関係者が被災した場合などは、支援を受けられない場合もあります。また、地域支援者などの関係者は、法的な責任や義務を負うものではありません。

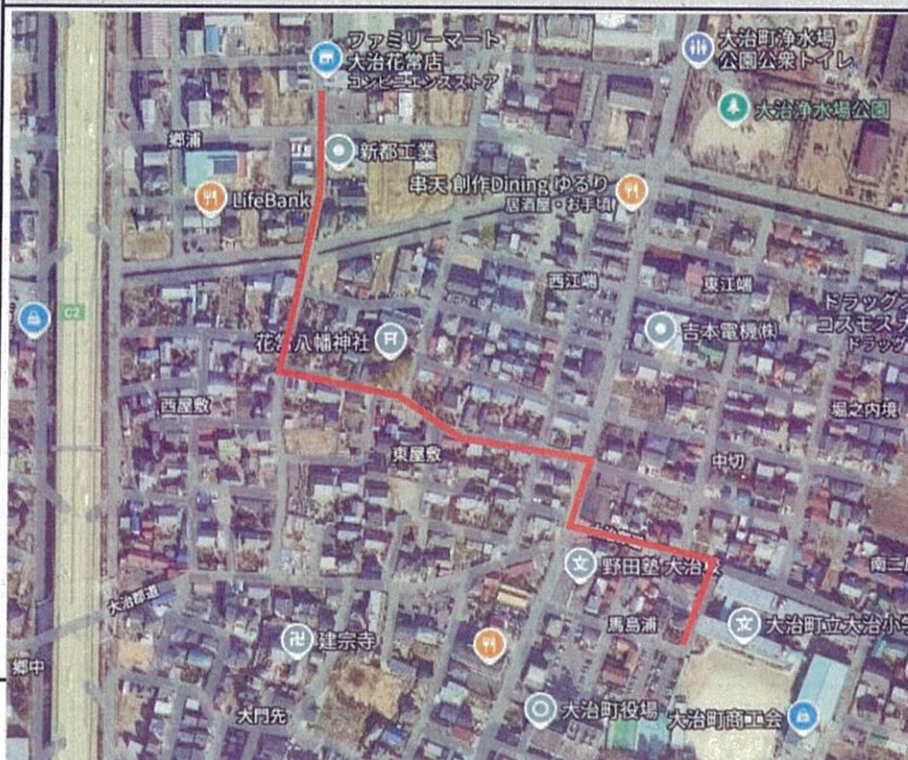
(裏面有り)



|                                                                                                           |                                                                           |                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| かかりつけ<br>病院・医院                                                                                            | 病院・医院 名称 <b>〇〇病院</b><br>電話番号 <b>052-000-0000</b>                          |                                                                                   |
| 持病や日常的に<br>服用している薬等                                                                                       | 持病: <b>〇〇〇</b><br>内服薬等: <b>XXX</b>                                        |                                                                                   |
| 避難時や避難所<br>生活で配慮が<br>必要なこと                                                                                | 1. 災害情報の入手に不安がある                                                          | 14. 歩行に人の支えが必要である                                                                 |
|                                                                                                           | 2. 避難判断に不安がある                                                             | <b>15.</b> 歩行に杖や歩行器が必要である                                                         |
|                                                                                                           | 3. 言葉や文字の理解に不安がある                                                         | 16. 歩行に車椅子が必要である                                                                  |
|                                                                                                           | 4. 会話や意思表示に不安がある                                                          | 17. 音声での情報提供が必要である                                                                |
|                                                                                                           | 5. 感情が不安定で対人面に不安がある                                                       | 18. 筆談での情報提供が必要である                                                                |
|                                                                                                           | 6. 顔を見ても知人や家族とわからない                                                       | 19. 手話での情報提供が必要である                                                                |
|                                                                                                           | 7. 介護・医療器具等、運搬の介助が必要である                                                   | 20. 常時介助が必要である                                                                    |
|                                                                                                           | 8. 目が不自由で、物が見えない(見えにくい)                                                   | 21. 排泄の介助が必要である(オムツ等)                                                             |
|                                                                                                           | <b>9.</b> 耳が不自由で、音が聞こえない(聞きとりにくい)                                         | 22. その他 [下段の特記事項にご記入ください]                                                         |
|                                                                                                           | 10. アレルギーがある ( )                                                          |                                                                                   |
|                                                                                                           | 11. ベッド・担架・ストレッチャー等での介護が必要である                                             |                                                                                   |
|                                                                                                           | 12. 医療機器の装着等をしている【人工呼吸器・たん吸引器・ネブライザー・その他 ( )】                             |                                                                                   |
|                                                                                                           | 13. 食事の介助が必要である【形態等:流動食・とろみ要・やわらかめ・一口大・通常で可】                              |                                                                                   |
|                                                                                                           | 自身にケガ等がなく<br>住居に危険な損傷等が<br>ない場合の避難方法                                      | 1. 在宅避難を希望する → 1. 在宅での避難生活に支援は不要(家族や自身で生活が送れる)<br>2. 在宅での避難生活に支援が必要<br>(必要な支援内容 ) |
| <b>2.</b> 避難所への避難を希望する → 1. 避難時に支援は不要(家族や自身で避難所へ避難できる)<br><b>2.</b> 避難時に支援が必要<br>(必要な支援内容 <b>歩行時の補助</b> ) |                                                                           |                                                                                   |
| 避難予定場所                                                                                                    | 町の指定避難所(避難場所一覧からお近くの避難所をご記入ください)<br>(地震時) <b>大治小学校</b> (水害時) <b>大治小学校</b> |                                                                                   |

※位置・経路・移動するまでの注意すべき事項

**特記事項**



・耳が不自由で音が  
聞きとりづらいため、  
ゆっくりと大きな声で  
話してください。