

大野町避難行動要支援者台帳名簿登録申請書兼同意書兼個別避難計画

大野町長 宛

避難行動要支援者本人 氏 名 _____

(代筆の場合) 代筆者 氏 名 _____ 続柄 _____

連絡先 _____

【同意書】

私は、災害時に支援が必要となるため、大野町避難行動要支援者名簿への登録を申請します。つきましては、下記及び裏面の大野町個別避難計画の記載事項が、民生委員・児童委員、自治会及び自主防災組織、町関係部署、社会福祉協議会、消防署、警察署、消防団等へ情報提供されることに、(いずれかにチェック☑をお願いします。)

同意します。 同意しません。

名簿登録者(避難行動要支援者)	ふりがな		性別	自治会名		
	氏 名		男・女	家族構成	人 (本人含む)	
				自宅電話	()	
	生年月日	年 月 日生	F A X	()		
	住 所	大野町	携帯電話			
Eメール						
あてはまるものに○をつけてください。 ① ひとり暮らしの高齢者(70歳以上) ⑤ 療育手帳「A」又は「A1」及び「A2」 ② 高齢者のみの世帯(70歳以上) ⑥ 精神障害者保健福祉手帳「1級」 ③ 介護保険法による要介護3以上 ⑦ その他支援が必要と認められる方 ④ 身体障害者手帳「1級」又は「2級」						
緊急時の連絡先	①	ふりがな		性別	職場電話	
		氏 名		男・女	自宅電話	
					携帯電話	
	住 所	〒 —	避難行動要支援者との関係			
	②	ふりがな		性別	職場電話	
		氏 名		男・女	自宅電話	
携帯電話						
住 所	〒 —	避難行動要支援者との関係				

裏面にも記入欄があります。

大野町個別避難計画

記入年月日 令和 年 月 日

災害支援時に必要となる情報について、提供可能な範囲で以下にご記入ください。

※事前に相手の同意を得て記入してください。ただし、災害時の避難支援者は法的な義務や責任を負うものではありません。

避難 支 援 者	①	ふりがな		性別	電話 番号	
		氏名	避難行動要支援者との関係	男・女		
		住所	大野町			
	②	ふりがな		性別	電話 番号	
		氏名	避難行動要支援者との関係	男・女		
		住所	大野町			

避難誘導時支援が必要な事項（当てはまる項目にチェック☑を入れてください）

- ストレッチャーによる介護が必要 車いすによる介護が必要
 見守りや付き添いが必要 避難の判断が困難なため、声掛けが必要
 その他（ ）

避難時及び避難先で配慮が必要な事項（当てはまる項目にチェック☑を入れてください）

- 立つことや歩行ができない 顔をみても知人や家族とわからない
 目が見えにくい・見えない 文字や言葉の理解が難しい
 音が聞き取りにくい・聞こえない 危険なことを判断できない
 その他（ ）
 医療的ケアが必要である 内容を下記にご記入ください

定期的な内服薬がある 内容を下記にご記入ください

医療・介護等支援情報

かかりつけ 医療機関	医療機関名	
	主治医	
サービス 利用事業所	事業所名	
	ケアマネ等 担当者	

避難先

洪水(大雨) 時の 避難先	
地震時の避難先	

避難経路