避難行動要支援者台帳登録申請書　兼　個別避難計画書

避難行動要支援者は、避難支援者（地元区（自主防災組織）、民生委員及び消防署、警察署等）への情報提供に同意することにより、災害発生時における避難支援や日頃の見守り活動を受ける可能性が高まりますが、避難支援者自身や家族などの安全が前提のため、同意によって避難行動の支援が必ずなされることを保証するものではなく、また避難支援者は法的な責任や義務を負うものではありません。

上記の内容を理解し、私が届け出た下記の個人情報、及び個別避難計画を市が地域支援者に提出することを承諾します 。

令和　　年　　月　　日

☐同意します。

☐趣旨を十分理解した上で、同意しません。　（氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（署名

※同意の意思について、変更の申出がない限り自動継続とします。

以下、同意される方のみご記入をお願いします。　　令和　　年　　月　　日記載

ふりがな		性別	男　・　女	
氏名		血液型	型	
		生年月日	大正・昭和 平成・令和　　年　　月　　日	
住所	〒	連絡先	（自宅）	
			（携帯）	
行政区	区			
区分	身障　知障　ひとり　寝たきり　認知　視障　精神障　その他			

支援を必要とする理由	特記事項	☐介護保険の認定を受けている　⇒　要介護状態区分【　　】	
		☐手帳を所持している　⇒　等級【　　】 障害名【　　】	
		☐難病患者である　⇒　病名【　　】	
		☐ひとり暮らし高齢者（日中独居、夜間独居を含む）	
		☐寝たきり高齢者	☐高齢者世帯のみ（日中のみ、夜間のみを含む）
		☐認知症の高齢者	☐精神的に不安定
		☐歩行が困難　⇒　車いす　杖　その他【　　】	
		☐目が不自由	☐耳が不自由
		☐物事の理解が難しい	☐病気等療養中　病名【　　】
		☐妊産婦	☐人工透析
		☐通院中　病名【　　】	☐その他【　　】
	備考	※その他、事前に知っていてほしい事がありましたら、ご記入ください。	

かかりつけ医	医療機関名		担当医	
	住所	〒	電話番号	
	治療中疾患			
	使用薬・服用上の注意			

裏面の記入もお願いします。

家族等の情報	①	ふりがな		住所		〒
		氏名		連絡先	（自宅）	
		続柄			（携帯）	
	②	ふりがな		住所		〒
		氏名		連絡先	（自宅）	
		続柄			（携帯）	
	同居人		□あり（　　人）　□なし	居住建物構造		
	日中いる部屋			夜間いる部屋		
緊急連絡先	①	ふりがな		住所		〒
		氏名（団体）		連絡先	（自宅）	
		本人との関係			（携帯）	
	②	ふりがな		住所		〒
		氏名（団体）		連絡先	（自宅）	
		本人との関係			（携帯）	
避難支援員	①	ふりがな		住所		〒
		氏名（団体）		連絡先	（自宅）	
		本人との関係			（携帯）	
	②	ふりがな		住所		〒
		氏名（団体）		連絡先	（自宅）	
		本人との関係			（携帯）	

避難所又は避難先までの経路図	指定避難所又は避難先		
	経路図及び留意事項記載欄　※地図、図面等の添付でも可		
支援関係情報	緊急通報システム（ふれあいペンダント）		あり・なし
	居宅介護支援事務所		
	事業所名		
	ケアマネ		
	住所	〒	
	電話番号		
	民生委員		
	氏名		
	電話番号		
ハザードマップ区域　□区域内　□区域外			
□浸水想定区域　浸水深（　　）m			
□土砂災害警戒区域　種別【　　】			

※　　は必須事項

表面の記入もお願いします。