

避難行動要支援者登録申出書兼台帳の記載例、提出手順

対象者は、安否確認や避難行動などの支援を受けるために必要となる個人情報に記載して、直接または自治会等の地域支援機関等を通じて、市役所へ提出していただくことになります。

また、記載された内容につきましては、地域支援機関等へ情報提供することに同意していただきます。

- 対象者 避難行動要支援者
- 代理申請 原則として、本人からの申し出となりますが、自署できないなどの理由による場合は、配偶者・扶養義務者・保護者などによる代理申請ができます。

様式2
薩摩川内市避難行動要支援者登録申出書兼台帳

住民コード

薩摩川内市長 殿 令和 年 月 日
私は、避難行動要支援者避難支援等制度の趣旨に賛同し、同制度に登録することを申し出ます。

代理記載及び代理申請	氏名	本人以外が記載する場合	印	登録者との関係
------------	----	-------------	---	---------

該当箇所に☑

※登録申出者の状態について以下の項目から選択してください

- 要介護認定3～5を受けている方
- 身体障害者手帳1級又は2級を所持している方(心臓又はじん臓機能障害のみをもって該当する方は除く)
- 療育手帳の交付を受けており、障害の程度がA判定の方
- 精神障害者保健福祉手帳1級を所持している方
- 本市の障害福祉サービスを受けている難病患者等
- 前各号以外の方で避難行動要支援者避難支援等制度への登録申出を行った方

※ふりがな	しえん まつたろう	※性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
-------	-----------	-----	--

※氏名	支援 松太郎	※生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 3年 2月 1日生 82歳
-----	--------	-------	---

※住所	〒 895 - 0052 薩摩川内市神田町○番○号	自治会名【 ○○○ 】
-----	---------------------------	-------------

※連絡先	自宅電話	○○○○(○○)○○○○	FAX	○○○○(○○)○○○○
	携帯電話	なし	メール	なし

※世帯状況	2人世帯 (男性 1名、女性 1名) 支援 松太郎 妻 マツ子		
-------	--------------------------------------	--	--

遠方の親族などでも可

※緊急時の連絡先(親族等)	氏名	支援 松五郎 (続柄 子)	住所	鹿児島市○○町○番○号
	氏名	(続柄)	住所	

※民生委員・児童委員	氏名	民生 太郎	電話番号	○○○○(○○)○○○○
------------	----	-------	------	--------------

医療保険	保険者名	<input type="checkbox"/> △健康保険組合	記号番号	○○○○-○○○○○
------	------	----------------------------------	------	------------

災害時に必要な支援等 (避難の際や避難所で不安なことなどを記載してください。)
足が不自由で、一人では避難することができない。妻がいるが、私を支えて避難することはできない。

かかりつけの医療機関等	病名	医療機関名	主治医	電話番号
	高血圧症	○■内科委員	○○ ○○	○○-○○○○

※印の記載項目は必須項目で、その他の項目は任意の記載項目です。

同意書

私が届け出た薩摩川内市避難行動要支援者登録申出書兼台帳及び個別支援計画に記載の個人情報について、支援関係者(市の関係部署、地域の社会福祉協議会、民生委員・児童委員、自治会、地区コミュニティ協議会、消防団、自主防災組織等)に提供し、日頃の見守りや災害時の避難支援、安否確認に関連する業務に使用することに同意します。

記名・押印必須 代理記載可

令和 元年 5月 1日

氏名 支援 松太郎

㊞



個別支援計画の記載例

「個別支援計画」とは、支援が必要な方一人ひとりに対して、

- 誰が
- どこに
- 何を持って
- どのような方法で

避難行動を支援するのにかついて、事前に取り決めをして作成するものです。作成に当たっては、市職員、地域の自治会、地区コミュニティ協議会、自主防災組織の方が、避難等補助者の紹介などの支援をします。

避難所までの避難行動を補助(支援)していた方方を記載します。

避難していただく避難所を、予め2箇所選定して記載します。

避難情報などの防災情報の把握方法(複数可)と避難する際の情報伝達経路に☑します。

避難する際に携行する必要がある日常生活用具などを記載します。

避難誘導時に留意すべき事項を掲載します。

避難生活時に留意すべき事項を記載します。

個 別 支 援 計 画		氏 名			
避難支援者情報	1	氏名	近隣 太郎	住 所	薩摩川内市神田町〇番〇号
		(関係 隣人)		電 話 番 号	〇〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇
				メ ー ル	〇〇〇@〇〇〇〇.ne.jp
	2	氏名		住 所	
		(関係)		電 話 番 号	
				メ ー ル	
3	氏名		住 所		
	(関係)		電 話 番 号		
			メ ー ル		
予 定	1	川内文化ホール	2	すこやかふれあいプラザ	先
避難等情報の把握・伝達の流れ	■ 避難等情報の把握方法 <input checked="" type="checkbox"/> 防災行政無線(市・自治会) <input type="checkbox"/> 文字表示付 <input type="checkbox"/> 家族や知人からの情報提供 <input checked="" type="checkbox"/> テレビ・ラジオ・インターネット <input checked="" type="checkbox"/> 避難支援者から伝達 <input type="checkbox"/> その他：		■ 避難時の情報伝達(要請)の流れ <input checked="" type="checkbox"/> 避難支援者⇒要支援者本人へ伝達 <input type="checkbox"/> 要支援者本人⇒避難支援者へ要請 <input type="checkbox"/> その他：		
避難時の必須携行品(医薬品等)	※ 日常必要な生活用具、常時服用している医薬品などを記入してください 医薬品： お薬手帳と同様 <input checked="" type="checkbox"/> はい(避難時はお薬手帳を確認)) <input type="checkbox"/> いいえ(医薬品名：) その他携行品： コルセット、松葉杖				
避難誘導時の留意事項	(記載例) 車イスが必要等 歩行困難のため、介助が必要であり、2名の補助者が必要である。				
避難先での留意事項	トイレまでの介助が必要。				
特 記 事 項	記載必要なし				
備 考	記載必要なし				

入 力		