

大崎市避難行動要支援者名簿・個別避難計画作成 同意書(申請書)

避難行動要支援者名簿(以下「名簿」という。)とは、災害発生時または災害が発生するおそれがある場合に、自力での避難が難しく支援が必要な方(避難行動要支援者)を登録する名簿です。
 また、個別避難計画とは、名簿に登録される方お一人ごとに、名簿の情報に加えて、あらかじめ避難場所や避難方法などを決めておく避難計画を作成し、災害時に備えるものです。
 名簿や個別避難計画の情報は、次の通り提供(開示)されます。①同意により平常時は大崎市地域防災計画に定める避難支援等関係者(行政区長・民生委員児童委員・警察・消防・社会福祉協議会等)。②災害が発生し、又は発生するおそれがある場合は避難支援等の実施に必要な限度で、避難支援等関係者やその他の者。
 ※提供(開示)する個別避難計画の情報については、市が把握する対象者の身体状況(障がい者手帳等級・種別、要介護度、難病の有無等)や自宅周辺の地図及びハザード情報を含みます。
 なお、名簿の登録や個別避難計画の作成及び情報提供の同意等により、避難支援(避難情報の伝達・安否確認等)を受けられる可能性が高まりますが、災害時の避難支援が必ずなされることを保証するものではありません。また、避難支援等関係者や避難支援協力者等は、法的な責任や義務を負うものではありません。

大崎市長 殿

上記の内容を理解し、本同意書(申請書)の記入事項より名簿の登録(名簿情報の追加)及び個別避難計画の作成・更新し、また平常時に名簿及び個別避難計画を避難支援等関係者へ情報提供(開示)することに、同意します。

令和 年 月 日

署名 本人氏名: _____ 【代理署名者: _____ (続柄) _____】

☆ご同意の場合は、ご本人についての以下の項目をご記入ください(裏面あり)

※記入した内容について避難支援等関係者等に情報提供されます。なお、表面太枠部分が名簿情報となります。

フリガナ		性別	男・女	血液型	型
氏名		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)		
住所	〒 -				
自宅電話		携帯電話			
メールアドレス					
同居家族等	※あてはまるものに☑してください <input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 同居家族あり()人 ※本人含む ↳ <input type="checkbox"/> 同居家族はいるが、日中独居である ↳ <input type="checkbox"/> 同居家族はいるが、避難時に支援が必要な方のみの世帯				
○避難時に配慮しなくてはならない事項(あてはまるものにすべて☑してください)					
<input type="checkbox"/> 立つことや歩行ができない		<input type="checkbox"/> 自力で立つことや歩行が難しい			
<input type="checkbox"/> 音が聞こえない(聞取りにくい)		<input type="checkbox"/> 物がみえにくい			
<input type="checkbox"/> 危険なことを判断できない		<input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解が難しい			
<input type="checkbox"/> 顔を見ても知人や家族とわからない		<input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯			
<input type="checkbox"/> その他()					
○常時使用する装備・器具					
<input type="checkbox"/> 人工呼吸器		<input type="checkbox"/> 酸素濃縮器		<input type="checkbox"/> 痰吸引機	
<input type="checkbox"/> 車椅子		<input type="checkbox"/> その他()			

○緊急連絡先					
フリガナ		続柄		同居状態	同・別
氏名				自宅電話	
住所	〒 -			携帯電話	
メールアドレス					
フリガナ		続柄		同居状態	同・別
氏名				自宅電話	
住所	〒 -			携帯電話	
メールアドレス					

○ 健康情報等	
アレルギー・持病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
飲んでいる薬(常備薬)等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
かかりつけ医(病院名)	電話番号
特記事項	

※避難支援協力者となる方と事前に相談し、避難支援協力者となること、避難支援等関係者などに情報提供されることに承諾を得たうえでご記入ください。個人のほか、団体や施設名での記入もできます。

○ 避難支援協力者 【※ご家族やご近所の方など】		
フリガナ 氏名 (団体名等)	本人との関係	自宅電話
住所	〒 -	携帯電話
支援方法	<input type="checkbox"/> 避難しているかの確認 <input type="checkbox"/> 避難場所に一緒に行く <input type="checkbox"/> その他 ()	
フリガナ 氏名 (団体名等)	本人との関係	自宅電話
住所	〒 -	携帯電話
支援方法	<input type="checkbox"/> 避難しているかの確認 <input type="checkbox"/> 避難場所に一緒に行く <input type="checkbox"/> その他 ()	

※避難支援協力者やご家族の方などと話し合い、避難場所などをあらかじめ決めておきましょう。

○ 避難場所・避難方法等	
避難場所名	
所在地	〒 -
移動方法	移動時間
避難手順・経路図・留意事項等	
※避難時の手順、経路図(貼り付け可)、持ち物、特に注意する事項などをお書きください	

※記入欄が不足する場合は、用紙を適宜追加・添付のうえでご提出をお願いいたします。

【問い合わせ・提出先】

〒989-6188 大崎市古川七日町1番1号

大崎市民生部社会福祉課 地域共生社会担当 電話 0229-23-6012

(※各総合支所市民福祉課でも受け付けています)