

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)

記入例

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、名簿に登録される避難方法などを決めておく避難計画を作成し、名簿や個別避難計画の情報は、次の通り提出に定める避難支援等関係者(行政区长・民生委員等)へ提供(開示)する個別避難計画の情報は、種別、要介護度、難病の有無等)や自宅情報(住所、電話番号、メールアドレス等)を登録し、また、名簿の登録や個別避難計画の作成及び更新(変更)を受けられる可能性が高まりますが、必ずしも受けられ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

個別避難計画は、最初から全ての項目を決めなければならない(記入しなければならない)ものではありません。
 決められる(記入できる)項目のみを記入し、市に個別避難計画をご提出いただいても構いません。
 市に個別避難計画を提出後に、情報の追加をすることができます。
 情報を追加・変更する場合は、裏面記載の問い合わせ先へご連絡ください。

大崎市長 殿

上記の内容を理解し、本同意書(申請書)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: **大崎 太郎** 【代理署名者: **大崎 花子** (続柄) **妻**】

☆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	オオサキ タロウ	性別	男 女	血液型	A 型
氏名	大崎 太郎	生年月日	大・昭・平・令 ○○年 ○月 ○日 (○○ 歳)		
住所	〒 989 - 0000 大崎市古川0000				
自宅電話	0229-00-0000	携帯電話	000-0000-0000		
メールアドレス	osaki_tarou@XX.ne.jp				
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 checked="" type="checkbox"/> 同居家族あり(2)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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> その他 (杖を使用)					

○緊急連絡先

フリガナ	オオサキ ハナコ	続柄	妻	同居状態	同 別
氏名	大崎 花子				
住所	〒 989 - 0000 大崎市古川0000			自宅電話	0229-00-0000
メールアドレス	osaki_hanako@XX.ne.jp			携帯電話	000-0000-0000
フリガナ	オオサキ イチロウ	続柄	子	同居状態	同 別
氏名	大崎 一郎				
住所	〒 000 - 0000 ○○県○○市0000			自宅電話	
メールアドレス				携帯電話	000-0000-0000

○ 健康情報等	
アレルギー・持病	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (〇〇アレルギー)
飲んでいる薬(常備薬)等	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (〇〇)
かかりつけ医(病院名)	〇〇病院 電話番号 0229-〇〇-〇〇〇〇
特記事項	毎日就寝前に薬(〇〇)を飲む。

※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	オオサキ ハナコ	本人との関係	妻	自宅電話	0229-〇〇-〇〇〇〇
氏名(団体名等)	大崎 花子				
住所	〒 989 - 〇〇〇〇 大崎市古川〇〇〇〇			携帯電話	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
支援方法	<input type="checkbox"/> 避難しているかの確認 <input checked="" type="checkbox"/> 避難場所に一緒に行く <input type="checkbox"/> その他 ()				
フリガナ	フルカワ シロウ	本人との関係	隣人	自宅電話	
氏名(団体名等)	古川 二郎				
住所	〒 989 - 〇〇〇〇 大崎市古川〇〇〇〇			携帯電話	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
支援方法	<input checked="" 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 ()				

※避難支援をする「避難支援協力者」の方についてご記入ください。

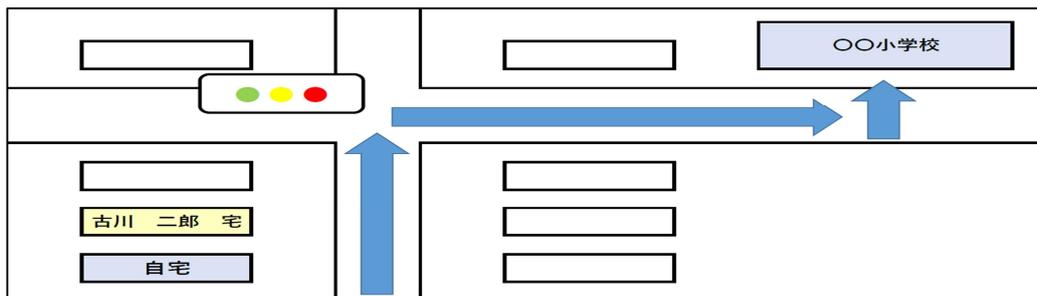
○ 避難場所・避難方法等			
避難場所名	〇〇小学校		
所在地	〒 989 - 〇〇〇〇 大崎市古川〇〇〇〇		
移動方法	徒歩	移動時間	30分

※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。

※取り決めた避難場所をご記入ください。
例) 親族宅、指定避難所など

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
〇〇小学校に避難所が開設されたら、大崎花子が薬(〇〇)を持って避難所へ本人と一緒に避難する。
信号のある交差点を渡る時は、段差があるので転ばないように注意する。



※避難支援協力者は、ご自身やご自身の家族等の安全を前提として避難支援をするため、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、避難支援協力者は、避難支援について、法的な責任や義務を負うものではありません。

※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)