

記入例 1
(事業所や担当者の変更のみ)

様式第5号

変更があった項目のみ記入してください。

変更・削除

避難行動要支援者名簿登録事項変更届（兼個別避難計画内容変更届）（表）

（あて先）八戸市長

赤ペンを使用する必要はありません。

変更	☒	避難行動要支援者名簿の登録事項（または個別避難計画の内容）に変更があったので届出します。（変更があった項目を記入してください）
削除	☐	次の削除を希望しますので届出します。（署名欄・住所・電話番号のみ記入してください） ☐ 「避難行動要支援者名簿」・「個別避難計画」の両方 ☐ 「個別避難計画」のみ

記入日 令和X年XX月XX日

- ・本人（要支援者）が署名できる場合は、本人が署名してください。
- ・本人が署名できない場合は、代理人が代理署名した上で、代理人欄を記入してください。

フリガナ 要支援者氏名	ハチノヘ ハナコ (署名欄) 八戸 花子	住	ご利用の事業所や担当者の変更の場合は、本人の署名又は代理人欄の記入は不要です。代理人(届を出す方)が署名欄に要支援者の氏名を記入してください。		
地区名		町内名			
電 話	()	FAX	()	携帯電話	- -

代理人	氏 名	要支援者との関係
	住 所	

1. 登録区分情報（変更があった項目のみ記入してください）

登録区分	1 要介護度3以上の在宅生活者（要介護度 3・4・5）		
	2 身体障がい者（1～3級）	等 級	種 別
		1・2・3	視覚・聴覚・平衡・言語・上肢・下肢・体幹・内部
	3 知的障がい者（区分A）		
	4 難病患者・小児慢性患者等		
5 その他援助を必要とする方（			

2. 緊急時の連絡先等（変更があった項目のみ記入してください）

連絡先1	氏 名	住 所	要支援者との関係		
		八戸市			
	電 話	()	FAX ()	携帯電話	- -
連絡先2	氏 名	住 所	要支援者との関係		
		八戸市			
	電 話	()	FAX ()	携帯電話	- -
かかりつけ医1	医療機関名	電話番号			
	主な疾患				
かかりつけ医2	医療機関名				
	主な疾患				

変更後の事業所や担当者を記入してください。
※事業所や担当者の変更の場合は、記入は表面のみです。裏面の記入はありません。

居宅介護支援事業所	居宅介護支援事業所△△	(担当ケアマネジャー 南部 冬子)
相談支援事業所		(担当相談員)
高齢者支援センター		

記入例 2
(本人に確認しなければわからない項目の変更)

様式第 5 号

変更があった項目のみ記入してください。

変更・削除

避難行動要支援者名簿登録事項変更届 (兼個別避難計画内容変更届) (表)

(あて先) 八戸市長

赤ペンを使用する必要はありません。

変更	☒	避難行動要支援者名簿の登録事項 (または個別避難計画の内容) に変更があったので届出します。 (変更があった項目を記入してください)
削除	☐	次の削除を希望しますので届出します。(署名欄・住所・電話番号のみ記入してください) ☐ 「避難行動要支援者名簿」・「個別避難計画」の両方 ☐ 「個別避難計画」のみ

記入日 令和X 年 XX 月 XX 日

- ・本人 (要支援者) が署名できる場合は、本人が署名してください。
- ・本人が署名できない場合は、代理人が代理署名した上で、代理人欄を記入してください。

フリガナ	ハチノヘ ハナコ		
要支援者氏名	(署名欄) 八戸 花子		
地区名		町内名	
電 話	()	F A X	()

連絡先や処方薬など、本人に確認しなければわからない項目の変更の際は、署名欄に本人の署名が必要です。
本人が署名できない場合は、代理人が代理署名した上で、代理人欄を記入してください。

代理人	氏 名	青森 二郎	要支援者との関係	介護支援専門員
	住 所	城下二丁目XX-XX 居宅介護支援事業所〇〇		

1. 登録区分情報 (変更があった項目のみ記入してください)

登録区分	1 要介護度3以上の在宅生活者 (要介護度 3 ・ 4 ・ 5)		
	2 身体障がい者 (1~3級)	等 級	種 別
		1 ・ 2 ・ 3	視覚・聴覚・平衡・言語・上肢・下肢・体幹・内部
	3 知的障がい者 (区分A)		
	4 難病患者・小児慢性患者等		
5 その他援助を必要とする方 ()			

2. 緊急時の連絡先等 (変更があった項目のみ記入してください)

連絡先 1	氏 名	住 所		要支援者との関係		
		八戸市				
	電 話	()	F A X	()	携帯電話	-
連絡先 2	氏 名	住 所		要支援者との関係		
		八戸市 △△県△市△△X-X				
	電 話	()	F A X	()		
かかりつけ医 1	医療機関名					
	主な疾患					
かかりつけ医 2	医療機関名				電話番号	
	主な疾患					
居宅介護支援事業所	(担当 ケアマネジャー)					
相談支援事業所	(担当相談員)					
高齢者支援センター						

例) 連絡先2の方の住所変更があった場合
→ 変更後の住所のみ記入してください。

記入例 2

(本人に確認しなければわからない項目の変更)

(裏)

3. 避難支援等実施者（変更があった場合のみ記入してください）

1	氏 名	住 所		要支援者との関係	
		八戸市			
2	例) 避難支援等実施者1の携帯電話番号が 変わった場合 →変更後の番号のみ記入してください。			携帯電話	090 - XXXX - XXXX
				要支援者との関係	
	電 話	()	FAX	()	携帯電話

※ 必ず、避難を支援してくれる方に了解をいただいた上で記入してください。

4. 居住の状況（変更があった項目のみ記入してください）

建物	種 別	戸建て 長屋 共同住宅 その他 ()						
	階 数	平屋	2階建	_____階建	普段いる場所	階	就寝場所	階
	住宅用火災警報器の設置		有	無	消火器の設置		有	無

5. 避難時に配慮が必要な事項等（変更があった項目のみ記入してください）

危険区域 該当 /避難場所 (該当する場合☑)	土砂災害		津 波		洪 水	
	☐	避難場所	☐	避難場所	☐	避難場所
危険区域 非該当 /避難場所			福祉避難所の利用		不要 ・ 必要 ()	
配慮が 必要 な 事 項	身体状況	☐ 立つことや歩行ができない ☐ 音が聞こえない（聞き取りにくい） ☐ 物が見えない（見えにくい） ☐ 言葉や文字の理解が難しい ☐ 危険なことを判断できない ☐ 顔を見ても知人や家族とわからない ☐ その他 ()				
	移動時	☐ 杖が必要 ☐ 車椅子が必要 ☐ 担架・ストレッチャーが必要 ☐ 乗用車等での搬送が必要 ☐ その他 ()				
	医薬品	☐ 血圧の内服薬 ☐ 糖尿病の内服薬 ☐ 喘息の薬 ☐ 眠剤、精神安定剤 ☒ 点眼薬 ()				
	補装具等	☐ 眼鏡 ☐ 入れ歯 ()				

例) これまで点眼薬を使用していなかったが、
使用するようになった場合
→点眼薬のみ✓してください。

※ 避難経路をイメージする際、

--	--

申請・作成 支援者	氏 名		要支援者 との関係	
	住 所			