

## 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

変更	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	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） <input type="checkbox"/> 「避難行動要支援者名簿」・「個別避難計画」の両方 <input type="checkbox"/> 「個別避難計画」のみ

記入日 年 月 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	(署名欄)		住所	
地区名		町内名		民生委員 氏 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	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			

## 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				
	電話	( )	FAX	( )	携帯電話	-	-
2	氏名		住所			要支援者との関係	
			八戸市				
	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
	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	
	<input type="checkbox"/>	避難場所	<input type="checkbox"/>	避難場所	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/> 立つことや歩行ができない <input type="checkbox"/> 物が見えない（見えにくい） <input type="checkbox"/> 危険なことを判断できない <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 音が聞こえない（聞き取りにくい） <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		
	移動時	<input type="checkbox"/> 杖が必要 <input type="checkbox"/> 乗用車等での搬送が必要		<input type="checkbox"/> 車椅子が必要 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 担架・ストレッチャーが必要
	医薬品	<input type="checkbox"/> 血圧の内服薬 <input type="checkbox"/> 喘息の薬 <input type="checkbox"/> 点眼薬		<input type="checkbox"/> 糖尿病の内服薬 <input type="checkbox"/> 眠剤、精神安定剤 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	補装具等	<input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> 入れ歯		<input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> おむつ		<input type="checkbox"/> 歩行補助杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> その他 ( )

※ 避難経路をイメージする際、参考にしてください

--

申請・作成 支援者	氏名		要支援者 との関係	
	住所			