

避難行動要支援者名簿登録（兼個別避難計画作成）申請書

記入例

(あて先) 八戸市長

私は、避難行動要支援者事業の趣旨を理解し、名簿登録
また、私に関する下記の情報が、市の関係部署や消防機
会、市と避難行動要支援者（以下、「要支援者」）の支援に関する協定を締結した自主防災組織・町内会・
自治会・福祉関係事業者、その他の避難支援等関係者に提供されることに同意します。

赤ペンを使用する必要はありません。

記入日 令和X年X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	ハチノハ	ハナコ	性別	女	生年月日	昭和X年10月23日		
要支援者氏名	八戸	花子	年齢	9X	歳	同居者数 (本人含む)	2	人
住所	内丸一丁目1-1							
地区名	三八城	町内名	第一内丸	民生委員氏名	福祉 春子			
電話	43-XXXX	FAX	43-XXXX	携帯電話	090-XXXX-XXXX			

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

登録区分	1	要介護度3以上の在宅生活者	(要介護度3)
	2	身体障がい者(1~3級)	等級 種別
	3	知的障がい者	(区分A(愛護手帳A))
	4	難病患者・小児慢性患者等	(パーキンソン病)
	5	その他援助を必要とする方	()

2. 緊急時の連絡先等

連絡先1	氏名	八戸 太郎	住所	八戸市内丸一丁目1-1	要支援者との関係	長男
	電話	43-XXXX	FAX	43-XXXX	携帯電話	080-XXXX-XXXX
連絡先2	氏名	八戸 草子	住所	〇〇県〇町〇〇XX-XX	要支援者との関係	二女
	電話		FAX		携帯電話	070-XXXX-XXXX
かかりつけ医1	医療機関名	〇〇クリニック			電話番号	25-XXXX
	主な疾患	糖尿病				
かかりつけ医1	医療機関名	〇〇病院			電話番号	72-XXXX
	主な疾患	パーキンソン病				
居宅介護支援事業所	居宅介護支援事業所〇〇				(担当ケアマネジャー)	青森 二郎
相談支援事業所	相談支援センター〇〇				(担当相談員)	三八 夏子
高齢者支援センター	高齢者支援センター〇〇					

3. 避難支援等実施者 (隣近所で日常生活の見守りや災害時の避難を支援してくれる人)

1	氏名		住所			要支援者との関係
	八戸 太郎		八戸市内丸一丁目1-1			長男
	電話	43-XXXX	FAX	43-XXXX	携帯電話	080-XXXX-XXXX
2	氏名		住所			要支援者との関係
	東北 秋子		八戸市内丸一丁目XX-XX			隣人
	電話	45-XXXX	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

建物	種別	戸建て	その他 ()			
	階数	2階建	普段いる場所	1階 居間	就寝場所	1階 寝室
	住宅用火災警報器の設置	有	消火器の設置	無		

5. 避難時に配慮が必要な事項等

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"/>	<input type="checkbox"/> 避難場所	<input checked="" type="checkbox"/> 避難場所 一時〇〇公園 状況を見て〇〇小学校	<input checked="" type="checkbox"/> 避難場所 一時〇〇公園 状況を見て〇〇小学校
危険区域 非該当 / 避難場所		福祉避難所の利用	不要
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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> その他 (ゆっくりとしか動けない、ほとんど見えていない、耳元で話さないと聞こえない)	
	移動時	<input checked="" type="checkbox"/> 杖が必要 <input type="checkbox"/> 車椅子が必要 <input type="checkbox"/> 担架・ストレッチャーが必要 <input type="checkbox"/> 乗用車等での搬送が必要 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	医薬品	<input type="checkbox"/> 血圧の内服薬 <input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病の内服薬 <input type="checkbox"/> 喘息の薬 <input type="checkbox"/> 眠剤、精神安定剤 <input type="checkbox"/> 点眼薬 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (痛み止め 軟便剤)	
	補装具等	<input checked="" type="checkbox"/> 眼鏡 <input checked="" type="checkbox"/> 補聴器 <input checked="" type="checkbox"/> 歩行補助杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> おむつ <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	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		