

**避難行動要支援者名簿登録（兼個別避難計画作成）申請書**

(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、名簿登録及び個別避難計画の作成を申請します。  
 また、私に関する下記の情報が、市の関係部署や消防機関、警察署、民生委員児童委員、市社会福祉協議会、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。

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<br>要支援者氏名 | (署名欄) |     | 性別  | 男<br>・<br>女 | 生年月日   | 大・昭<br>平・令 | 年              | 月 | 日 |
|                |       |     |     |             | 年齢     | 歳          | 同居者数<br>(本人含む) |   | 人 |
| 住所             | 八戸市   |     |     |             |        |            |                |   |   |
| 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

|                    |                                |       |                         |
|--------------------|--------------------------------|-------|-------------------------|
| 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

|           |               |         |      |   |          |
|-----------|---------------|---------|------|---|----------|
| 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 |               |         |      |   |          |

