

島本町避難行動要支援者登録申請書兼同意書

島本町長 あて

私は、災害発生時に自力で避難することが難しく、支援を受けたいので、「島本町避難行動要支援者登録制度」への登録を申請します。

< ↓登録情報の提供、個別避難計画作成の確認 > ①・②の確認項目(□)にチェックしてください

①地域の支援機関への「情報提供」の同意

登録情報(注1)は、本人の同意を得て、災害時の支援活動や、日ごろの見守りなどの活動に役立てるため、避難支援関係者(地域の支援機関)(注2)に事前に提供します。

登録情報の提供に**同意します** 同意しません

②個別避難計画(個別プラン)の作成希望

町では、地域の支援機関への情報提供に同意した登録者を対象に、個人ごとの災害リスクの状況、避難先、避難方法などを記載した「個別避難計画」(個別プラン)(注3)の作成を進めています。

個別避難計画の作成を**希望します** 希望しません

記入日 年 月 日

本人または代理人の署名	※代理人の場合→	本人との関係	
		代理人住所	
		代理人電話	

※本人が署名できない場合または未成年の場合は、代理の方の署名をお願いします。

(注1) = 町から、地域の支援機関に事前に提供される情報は、裏面の「本人の情報」、「支援を必要とする事由」の記載情報となります。

(注2) = 登録情報を提供する「避難支援等関係者」(地域の支援機関)は、「自主防災会・自治会・民生委員児童委員協議会・社会福祉協議会・警察機関」です。なお、自主防災会・自治会などの地域の支援機関には、個人情報の管理等に関して町と「協定書」を締結した上で、情報の提供を行います。

(注3) = 「個別避難計画」は、町から委託を受けた介護・福祉事業所(地域包括支援センター、ケアプランセンター、障害者相談支援事業所、社会福祉協議会など)の職員が自宅を訪問し、本人や家族等に聞き取りや確認を行って作成します。(※災害リスクや支援の必要性が高いと思われる方から順次、作成作業を進めています)

【情報提供同意にあたっての注意事項】

- 情報提供に同意することにより、避難支援等関係者から災害時に支援を受けられる可能性が高まります。ただし、同意によって、災害時の支援が必ず行われることを保証するものではありません。また、避難支援等関係者は、避難支援などについて、法的な責任や義務を負うものではありません。
- 同意については、変更の申し出がない限り継続するものとします。
- 避難支援等関係者は、提供された情報を活用して、日ごろから見守りや声かけ、訓練など、災害時に備えた支援体制づくりを行いますので、その際は、ご理解・ご協力をお願いします。

↓【裏面にも記入してください】

【裏面】

※情報提供に同意されない方も、できるだけご記入ください。

本人の 情報	氏名	(ふりがな) (男・女)	生 年 月 日	年 月 日	
	住 所	島本町 (マンション・アパート名：)			
	自治会等の 加入状況	<input type="checkbox"/> 加入する自治会 () <input type="checkbox"/> 加入する自主防災会 () <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 自治会等がない			
	連絡先 ※FAX・メールは必 要な方のみ記入	電 話	(自宅) (携帯)	※ファックス	
				※メールアドレス	
同居人の有無	<input type="checkbox"/> あり (人) <input type="checkbox"/> なし				
支 援 を 必 要 と す る 事 由	【対象区分】 (あてはまる口に✓をつけてください。※複数選択可) <input type="checkbox"/> 65歳以上のひとり暮らしで、介護保険で【要支援1～要介護2】と認定 <input type="checkbox"/> 介護保険で【要介護3～5】と認定 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳【1・2級】、または下肢・体幹・運動機能障害で【3級】 <input type="checkbox"/> 療育手帳【A】 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳【1級】 <input type="checkbox"/> その他、災害時に自力避難が困難で支援を希望する方 ()				
	【支援区分】 (※A～Cのいずれか1つの口に✓をつけてください) <input type="checkbox"/> A：自力で動けない <small>(例) 寝たきり、車いすなどのため、避難に介助が必要</small> <input type="checkbox"/> B：自力で動けるが、歩行に不安がある <small>(例) 足腰が弱く、あるいは一人での移動が難しく、避難所まで同行が必要</small> <input type="checkbox"/> C：自力で動けるが、情報入手や判断に不安がある <small>(例) 自力で避難可能と思われるが、視覚・聴覚障害、認知症、知的障害などのため情報提供や促しが必要</small>				
	【障害・介護の状況】 (※該当する項目にチェックし、等級を○で囲むなど記入してください) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳： (1・2・3・4・5・6) 級 障害名 () <input type="checkbox"/> 療育手帳： (A・B1・B2) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳： (1・2・3) 級 <input type="checkbox"/> 要介護認定： 要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> ケアマネジャー： 事業所名 () 担当ケアマネ氏名 ()				
	【特記事項】 (※安否確認や避難のとき、避難してから、配慮してほしいこと。特に知っておいてほしいこと) →障害や持病の状況、日常必要な福祉用具や医療ケア、意思疎通上の留意点 など				
	緊急連絡先 (↓連絡先とする方から、登録及び情報提供することについて同意を得たうえで記入してください)				
氏名	本人との関係	住所	電話番号		

例： 同居家族、その他の親族、親しい近所の人や友人 など