

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。

また、届け出た私の情報(注1)を、災害時の支援活動や、日ごろの見守りや避難計画の作成などの活動に役立てるため、避難支援等関係者(注2)にあらかじめ提供することに

同意します 同意しません →同意しない理由を下にお書きください。

(自力で避難できる 家族等が支援してくれる 入所・入院している
町内に居住していない その他)

記入日 年 月 日

本人または代理人の署名	① *自筆署名の場合は押印不要	※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、「氏名・住所・生年月日・性別・連絡先・支援を必要とする事由」に限ります。

(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、個人情報の管理や支援の実施等に関して町と「協定書」を締結した上で、情報の提供を行います。

【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、避難計画の作成など、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。

* 登録は申請するが、避難支援等関係者への情報提供には同意しない場合も、災害など非常事態発生の際には必要となりますので、「裏面」もご記入のうえ提出をお願いいたします。

【↓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)		生年月日	年 月 日
				(男・女)	
	住所	島本町		自治会の加入状況	<input type="checkbox"/> 加入自治会 () <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 自治会がない
	連絡先	電話	(自宅)	※ファックス	
		(携帯)	※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)				
	<input type="checkbox"/> 65歳以上のひとり暮らしで、介護保険で[要支援1・2または要介護1・2]と認定 <input type="checkbox"/> 介護保険で[要介護3・4・5]と認定 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1・2級(下肢・体幹機能障害、脳性まひ等による運動機能障害の場合は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、災害時に自力での避難が困難で支援を希望する方				
	<input type="checkbox"/> 難病患者・慢性疾患児、 <input type="checkbox"/> 妊婦のいる世帯、 <input type="checkbox"/> 2歳未満の乳幼児のいる世帯 <input type="checkbox"/> 外国人のみの世帯、 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	【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 (例) 車いすなどのため、避難に介助が必要 <input type="checkbox"/> B: 自力で動けるが、歩行に不安がある (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 <input type="checkbox"/> C: 自力で動けるが、情報入手や判断に不安がある (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					
【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・福祉サービス・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	
				(自宅) (携帯)	
				(自宅) (携帯)	