

(記入例)

島本町避難行動要支援者登録申請書兼同意書

島本町長

いずれか1つにチェックしてください。
※同意しない場合も、下の理由欄を記入してください。

私は、災害時に支援を受けたいので、「島本町避難行動要支援者登録制」

また、届け出た個人情報(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	島本 太郎 (印) *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。

家族や支援者などが代理申請した場合は、本人との関係、連絡先を記入してください。
※本人の指示・依頼のもとに代筆だけ行う場合は、記入は不要です。

(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) <u>しまもと たろう</u> 島本 太郎 (男) 女	生年月日	● 年 ● 月 ● 日
	住所	島本町 桜井●丁目●番●号	自治会の加入状況	<input checked="" type="checkbox"/> 加入自治会 (■■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) 96●-●●●●● (携帯) 090-●●●●-●●●●	※ファックス	※必要な方のみ
			※メールアドレス	※必要な方のみ
	同居人の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり (2人) <input type="checkbox"/> なし		
支援を必要とする事由	<p>【対象区分】(あてはまる口に✓をつけてください)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 65歳以上のひとり暮らしで介護保険(要支援1級)</p> <p><input type="checkbox"/> 介護保険で要介護1級</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳1・2級 (脳性まひ等による運動機能障害の場合は3級)</p> <p><input type="checkbox"/> 療育手帳A</p> <p><input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳1級</p> <p><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</p> <p>(<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)</p> <p>(<input type="checkbox"/> 外国人のみの世帯、<input type="checkbox"/> その他 ())</p> <p>【支援区分】(※A~Cのいずれか1つの口に✓をつけてください)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> A: 自力で動けない (例) 車いすなどのため、避難が困難</p> <p><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</p> <p><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</p> <p>【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)</p> <p>→ 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</p> <p>(例) 寝たきり、車いす/ストーマ装具/紙おむつを使用、たん吸引/人工透析が必要、日中は独居となる</p> <p>聴覚障害のため筆談・FAX等での連絡希望、記憶・判断力に不安がある、慣れない人との接触が苦手 など</p>			
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	
島本 花子	妹	島本町桜井●-●-●	(自宅) 96●-●●●●● (携帯) 090-●●●●-●●●●	
桜井 次郎	近所	島本町桜井●-●-●	(自宅) 96●-●●●●● (携帯) 090-●●●●-●●●●	

自治会に加入している場合は、自治会名を記入してください。
未加入や自治会がない場合は、下の項目にチェックしてください。

ファックス・メールは、必要な方のみ記入してください。
(※聴覚障害・音声言語機能障害など、電話での連絡が難しい方を想定しています)

固定電話と携帯電話を両方お持ちの場合は、できるだけ両方ご記入ください。

該当する項目をチェックしてください。
(複数選択可)

いずれか1つのみチェックしてください。

(例)のように、避難時や避難後の支援の際に配慮してほしいこと、支援者に知っておいてほしい補足情報があれば記入してください。

固定電話と携帯電話を両方お持ちの場合は、できるだけ両方ご記入ください。
※その他、職場など連絡がしやすい電話番号があれば、そちらも記入してください。

家族、近所の人、友人、その他支援者など、本人に連絡がつかない場合や、緊急時などに連絡先となる方を記入してください。(必ずその方の承諾を得てください)
※できるだけ2名または1名をお書きください。該当する方がいない場合は、「該当者なし」と記入してください。