

**避難行動要支援者登録同意書 兼 避難行動要支援者登録（変更）申請書（個別支援計画）**

東かがわ市長 様

私は、東かがわ市避難行動要支援者支援制度実施要綱に基づき、避難行動要支援者登録台帳に登録することを申請します。

なお、下記の項目において私が届け出た内容について、私の命にかかる緊急事項があった場合や災害時の支援およびその体制整備を目的に、自治会、自主防災組織、福祉委員、民生委員・児童委員、社会福祉協議会、警察署、消防署、地域支援者等、支援のために必要と思われる者へ情報提供することについて

同意します      同意しません（該当する方へを入れてください。）

申請者氏名 \_\_\_\_\_

※ 本人が直筆できない場合は、代理人の方が署名をすることができます。

申請代理人氏名 \_\_\_\_\_（続柄 \_\_\_\_\_）

申請（変更）日      年      月      日

フリカ`ナ			大・昭・平・令		
氏名	生年月日		年 月 日	血液型	A・B・O・AB
住所	東かがわ市		加入自治会名		
電話番号	携帯番号		FAX番号		
対象要件	1. 身体障がい者 (肢体不自由1級～3級、視覚障害1級若しくは2級、聴覚障害の程度が2級)		4. 在宅の要介護者 (要介護度の認定区分が3以上の者)		
	2. 知的障がい者 (A)又はA判定の者)		5. 1～4に掲げる者に準ずる状態にある難病患者その他の者		
	3. 65歳以上のひとり暮らし高齢者又は高齢者のみの世帯		6. 徘徊高齢者		
民生委員児童委員		自主防災組織会長			
福祉委員		既往症現病歴			

地域支援者	①	氏名		電話	
		住所	東かがわ市	携帯	
	②	氏名		電話	
		住所	東かがわ市	携帯	
	③	氏名		電話	
		住所	東かがわ市	携帯	

緊急時の連絡先	①	氏名		続柄		電話	
		住所				携帯	
	②	氏名		続柄		電話	
		住所				携帯	
	③	氏名		続柄		電話	
		住所				携帯	

介護保険事業	事業所名		連絡先		ケアマネージャー	
かかりつけの医療機関等	医療機関名		連絡先		使用薬	
	治療中疾患					
避難時に必要とする支援の内容						
避難場所	大雨		地震			
【特に必要とされる災害と留意事項等】			【安心キット】 有 ・ 無			
・浸水害			【緊急通報装置】 有 ・ 無			
・土砂災害			【告知放送端末】 有 ・ 無			
・高潮災害						
・地震						
【避難に介助が必要】			【避難情報の伝達方法】			
1. 要 (・自動車 ・車イス ・担架 ・歩行器 )			・音声 ・筆談 ・点字			
2. 不要 (声かけ誘導のみ)			・手話 ・その他 ( )			
居宅建物の見取り図(玄関と寝室を記入) 1階・2階			【その他の留意事項】			