記入例（代理申請）

申請年月日　　令和●年●月●●日

柴田町避難行動要支援者登録申請書兼
個人情報提供同意書兼個別避難計画

柴田町長　殿

避難行動要支援者本人署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（代理の場合）　代理者署名　　柴　田　　一　郎

（本人との関係　　父　　）

【同　意　書】

私は、災害発生時などに地域の支援を受けたいため、柴田町避難行動要支援者登録を希望します。また、下記及び裏面の柴田町個別避難計画の記載事項が、災害時の支援を目的に、支援機関である自主防災組織、民生委員・児童委員、柴田町社会福祉協議会、仙南地域広域行政事務組合消防本部、大河原警察署へ情報提供されることに、（いずれかにチェック☑をお願いします。）

☑　同意します。　　□　同意しません。

１．名簿登録者（避難行動要支援者）				
フリガナ	シバタ　タロウ	性別	行政区名	第●行政区
氏　名	柴　田　太　郎	(男)・女	町内会名	●●町内会
			電話番号	●●●●-●●-●●●●
生年月日	令和●年●月●日		携帯電話番号	●●●-●●●●-●●●●
住　所	柴田町●●●丁目●―●●		FAX	
			ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ	
家族構成	（本人含む）　３人（同居家族　父（●●）、母（●●））			
要介護状態	(なし)　・　要支援　１　２　・　要介護　１　２　３　４　５			
障害者手帳の有無	なし・(あり)（身体（●級）・知的（　　）・精神（　　級））			
障害の状態	視覚、聴覚・平衡機能、音声・言語・そしゃく機能、肢体不自由、 内部障害、(呼吸器)、その他（　　）			
難病指定の有無	なし　・　(あり)　病名：●●			

（区分）

①　ひとり暮らし高齢者（65歳以上）	⑥　人工透析
②　寝たきり高齢者（65歳以上）	⑦　精神障害者保健福祉手帳２級以上
③　高齢者のみの世帯（65歳以上）	⑧　要介護３以上
(④)　身体障害者手帳２級以上	⑨　その他（　　）
⑤　療育手帳A	

２．緊急時の連絡先　※事前に同意を得て、家族・支援者等について記入してください。					
①	フリガナ	シバタ　イチロウ	性別	職場電話	●●●●-●●-●●●●
	氏　名	柴　田　一　郎	(男)・女	自宅電話	●●●●-●●-●●●●
				携帯電話	●●●-●●●●-●●●●
	住　所	〒９８９―●●●● 柴田町●●●丁目●-●●		避難行動要支援者との関係	父
②	フリガナ	シバタ　ハナミ	性別	職場電話	●●●●-●●-●●●●
	氏　名	柴　田　花　見	男・(女)	自宅電話	●●●●-●●-●●●●
				携帯電話	●●●-●●●●-●●●●
	住　所	〒９８９―●●●● 柴田町●●●丁目●-●●		避難行動要支援者との関係	母

※裏面にも記入欄があります。

柴田町個別避難計画

記入年月日　令和●年●月●日

災害支援時に必要となる情報について、提供可能な範囲で以下にご記入ください。

※事前に支援者となる方の同意を得て記入してください。ただし、災害時の避難支援者は法的な義務や責任を負うものではありません。

避難支援者	①	フリガナ	●●●　●●●●	性別	電話番号	●●●-●●●●-●●●●
		氏　名	●●　●● 避難行動要支援者との関係 **地区自主防災組織の役員**	㊚・女		
		住　所	**柴田町●●●丁目●―●●**			
	②	フリガナ	●●●　●●●●	性別	電話番号	●●●-●●●●-●●●●
		氏　名	●●　●● 避難行動要支援者との関係 **近所の方**	男・㊛		
		住　所	**柴田町●●●丁目●―●●**			

避難誘導時支援が必要な事項（該当する項目にチェック☑を入れてください。）

☐避難の際にストレッチャーが必要　　☑避難の際に車いすが必要

☑見守りや付き添いが必要　　☐避難の判断が困難なため声掛けが必要

☑その他（**人工呼吸器を装着しているため移動の際は複数人での介助が必要**　　）

避難時及び避難先で配慮が必要な事項（該当する項目にチェック☑を入れてください。）

☑立つことや歩行ができない　　☐顔を見ても知人や家族とわからない

☐目が見えにくい・見えない　　☐文字や言葉の理解が難しい

☐音が聞き取りにくい・聞こえない　　☐危険なことを判断できない

☐その他　（　　）

☑医療的ケアが必要である（内容を下記にご記入ください。）

日常生活で人工呼吸器を使用しており、電源を確保する必要がある。

☑定期的な内服薬がある（内容を下記にご記入ください。）

●●●、●●●
キッチン脇の棚に保管している。避難の際持ち出し必要。

医療・介護等支援情報

かかりつけ医療機関	医療機関名	**●●●病院（TEL：●●●●-●●-●●●●）**
	主　治　医	**●●　●●**
サービス利用事業所	事 業 所 名	**●●●●●（TEL：●●●●-●●-●●●●）**
	ケアマネ等担当者	**●●　●●**

避難場所情報

（避難先）	（避難経路）
●●小学校	**自宅→自宅前の町道●号線を南下→●●小学校**

その他特記事項　※避難の際や避難所で不安なことや、避難の際に持ち出しが必要なもの等を記入してください。

・避難グッズをリュックに入れ玄関に置いているので避難の際に持ち出し必要。