

作成
支援者
区分 民生委員
その他 氏名、登録者との関係： 鈴鹿 一子(妻)

避難行動要支援者名簿 及び 個別避難計画 登録申出書① 兼 変更届出書① (表面)
(宛先) 鈴鹿市長

登録申出書①
(表面)
記入例

家族が作成した場合は、
こちらにも記入をお願いします。

必ず署名をお願いします。
家族等による代筆の場合は、代筆者の署名
をお願いします。
施設入所等により登録を撤回する場合で、
本人署名が得られない場合は代筆者署名だけ
で届出をお願いします。

<input checked="" type="checkbox"/>	登録	私は、災害が発生し、又は発生するおそれがある場合に避難支援が必要ですので、個別避難計画を作成することに同意し、避難行動要支援者名簿及び個別避難計画の登録を申し出ます。 また、災害の発生に備え、登録した情報を避難支援等関係者（自治会、自主防災組織、民生委員・児童委員、消防署、消防団、社会福祉協議会、地域包括支援センター、警察署等）へ提供することに同意します。
<input type="checkbox"/>	変更	私は、申出をした避難行動要支援者名簿情報及び個別避難計画情報に変更がありましたので届け出ます。 ※変更の場合は、変更があった事項についてのみ記入してください。
<input type="checkbox"/>	撤回	私は、申出をした避難行動要支援者名簿及び個別避難計画の登録について撤回するため、届け出ます。 ※施設への入所、市外への転居のほか、避難行動要支援者の要件に該当しなくなった場合も含まれます。
申出（届出）日 令和〇年 〇月 〇日 署名 <u>鈴鹿 英二</u> 代筆者署名 <u>鈴鹿 一子</u> (登録者との関係： <u>妻</u>)		

自治会が分からない場合は、空欄の
ままにしてください。

該当する箇所すべてに〇をつけてください。
難病の方は、病名も記入をお願いします。

ひとり暮らしの方は上段に〇をつけてください。
ひとり暮らし以外の方は下段に〇をつけて
ください。

同居されている方について、
記入をお願いします。

住所 又は 居所	鈴鹿市 神戸一丁目〇〇番××号	自宅電話	059-382-xxxx
		携帯電話	090-xxxx-xxxx
		その他	FAX 059-382-xxxx
		自治会名	神戸矢田部本町
氏名	(フリガナ) ススカ エイジ	性別	生年月日
	鈴鹿 英二	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	(大正 昭和 平成) 10年 5月 5日
要 支 援 情 報	要介護 認定	なし <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 【要支援1・要支援2・ 要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5】	
	障害者 手帳	身体障害者手帳 なし <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 【1級・2級・3級・4級・5級・6級】	
		療育手帳 <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 【A1・A2・B1・B2】	
		精神障害者保健福祉手帳 <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 【1級・2級・3級】	
	難病	なし <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> (病名： パーキンソン病)	
その他	理由：		

該当する項目すべてに〇をつけてください

世帯 の 状 況 等	ひとり暮らし	<input type="radio"/> ①70歳以上	<input type="radio"/> ④療育手帳を所持
		<input type="radio"/> ②要介護度が「要支援1~2」、 「要介護1~5」	<input type="radio"/> ⑤精神障害者保健福祉手帳を所持
		<input type="radio"/> ③身体障害者手帳の1級・2級を所持	<input type="radio"/> ⑥難病患者
ひとり暮らし以外	<input checked="" type="radio"/> ⑦75歳以上のみの世帯	<input type="radio"/> ⑪療育手帳のA1・A2を所持	
	<input type="radio"/> ⑧70歳以上のみ世帯で、要介護度が 「要介護3~5」の方がいる。	<input type="radio"/> ⑫精神障害者保健福祉手帳の 1級・2級を所持	
	<input type="radio"/> ⑨要介護度が「要介護3~5」	<input checked="" type="radio"/> ⑬難病患者	
	<input checked="" type="radio"/> ⑩身体障害者手帳の1級・2級を所持		
[同居者の氏名] ※⑦~⑬の場合に記入		鈴鹿 一子(妻)	
⑭ その他 (上記①から⑬に準じた状態で、支援が必要な理由)			

**登録申出書①
(裏面)
記入例**

緊急連絡先	①	住所	鈴鹿市白子駅前××-××		
		氏名	(フリガナ) ススカ イチロウ	電話	059 - ×××× - ××××
		氏名	鈴鹿 一郎	(携帯)	090 - ×××× - ××××
				続柄	長男
②	住所	愛知県名古屋市中区××××			
	氏名	(フリガナ) カトウ ハナコ	電話	059 - ×××× - ××××	
		氏名	加藤 花子	(携帯)	090 - ×××× - ××××
				続柄	次女

避難支援等実施者の同意を得た上で記入してください。見つからない場合は空欄のままにしてください。

避難支援等実施者	①	住所	鈴鹿市神戸一丁目△△-△△		
		氏名	(フリガナ) サトウ ジロウ	電話	090 - ×××× - ××××
		氏名	佐藤 二郎	備考 (支援内容等)	左隣の家 (避難時の声掛け)
	②	住所	鈴鹿市神戸一丁目□□-□□		
氏名		(フリガナ) ヤタベ ヒロコ	電話	090 - ×××× - ××××	
		氏名	矢田部 博子	備考 (支援内容等)	向かいの家

避難時の声掛け、避難所への誘導など、支援を受けられる内容の記入をお願いします。

※ 避難支援等実施者の同意を得た上で記入してください。
※ 避難支援等実施者が必ず避難支援等に駆け付けけることを保証するものではありません。

病かり診療所の	病院名	診療科又は持病	備考 (薬の種類・服用頻度、通院頻度 など)
	〇〇病院	パーキンソン病	3ヶ月毎に受診 レボドバ (1日1錠)
	××クリニック	内科 高血圧	2ヶ月毎に受診 アンジオテンシン (1日3回服薬)
	△△医院	糖尿病	半年毎に受診 インシュリンは1回2単位

定期的に受診をされている方は記入をお願いします。

避難時や、避難先で必要になるものを記入してください。

避難時の携行品 (薬・介護医療資材)	薬：パーキンソン病 (1日1錠。レボドバ)、高血圧 インシュリン	
避難時に必要な配慮	<input type="checkbox"/> 立つことや歩行が困難	<input type="checkbox"/> 音が聞こえない (聞きとりにくい)
	<input type="checkbox"/> 物が見えない (見えにくい)	<input type="checkbox"/> 言葉が話せない (話しにくい)
	<input type="checkbox"/> 危険なことの判断ができない	<input checked="" type="checkbox"/> 知人・家族の顔が分からない
	<input checked="" type="checkbox"/> おむつ、リハビリパンツが必要	
	<input type="checkbox"/> 医療的ケア (酸素 <u>インシュリン</u> ・透析・その他 (自由記入欄に記載))	

避難する時にどのような配慮が必要かを記入してください。

自由記入欄	鈴鹿市使用欄
普段は2階の階段を上がって左手すぐの洋室のベッドにいます。	

普段の居場所等、避難行動の支援に必要と考えられる情報を記入してください。

※避難方法の申出書は、こちらの申出書を提出していただいた後に別途郵送します。