

○要援護者登録申請書兼避難支援プラン(個別計画)記入例 (表)

平成〇〇年〇〇月〇〇日

能代市長 殿

私は、災害時要援護者支援制度の趣旨に賛同し、同制度に登録することを希望します。

また、私が届け出た次の個人情報を市が自主防災組織、自治会・町内会、民生委員児童委員、社会福祉協議会、消防署、警察署、避難支援者に提供することに同意します。

1 災害時に支援が必要な方(災害時要援護者)の住所・氏名等

| | | | | | |
|------|-------------|----|---------|---------------|----------------------|
| 住所 | 能代市〇〇町〇番〇号 | | 自治会・町内会 | 〇〇自治会 | |
| フリガナ | ノシロ タロウ | | 電話 | 0185-00-0000 | |
| 氏名 | 能代 太郎 | 能代 | FAX | 0185-00-0000 | |
| | | | 携帯電話 | 090-0000-0000 | |
| 生年月日 | 昭和〇〇年〇〇月〇〇日 | 性別 | 男・女 | メール等 | xxxxxxxx@xxxxx.xx.jp |

2 災害時に支援が必要な方(災害時要援護者)の状態

| | |
|--|----------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 要介護高齢者(要介護度 3) <input type="checkbox"/> 身体障害者(身体障害者手帳 種 級) <input type="checkbox"/> 知的障害者(療育手帳) <input type="checkbox"/> 精神障害者(精神障害者保健福祉手帳 級) <input type="checkbox"/> ひとり暮らし等高齢者 <input type="checkbox"/> その他() | 左記の内容 |
| | 認知症あり、移動は車いす、着替え、食事等に介助が必要 |
| | 災害時に支援してほしい内容 |
| | 長男が不在のとき一緒に避難所へ連れて行ってほしい。 |

3 世帯・住まいの状況

| | | | |
|------|---|-------------|----------------------------|
| 家族構成 | 妻70歳、長男40歳と同居、妻は夫(太郎)の介護、長男は日中は仕事で帰りが遅い。長女は市内(ニツ井)へ嫁いでいる。 | 居住建物・居室・寝室等 | 木造2階建(築25年)、1階奥の寝室で過ごしている。 |
|------|---|-------------|----------------------------|

4 緊急時の連絡先

| | | | | | |
|------|--------|-----|---------------------|------|----------------------|
| 氏名 | 〇〇〇〇 | 住所 | 能代市〇〇町〇番〇号 〇〇工業(職場) | | |
| | | 電話 | 0185-00-0000 | 携帯電話 | 090-0000-0000 |
| (関係) | (長男) | FAX | 0185-00-0000 | メール等 | xxxxxxxx@xxxxx.xx.jp |
| 氏名 | 〇〇〇〇 | 住所 | 能代市ニツ井町〇〇字〇〇〇〇番地 | | |
| | | 電話 | 0185-00-0000 | 携帯電話 | 090-0000-0000 |
| (関係) | (長女) | FAX | 0185-00-0000 | メール等 | xxxxxxxx@xxxxx.xx.jp |

5 担当民生委員児童委員

| | | | | | |
|-----|-----|----|------|-----|--------------|
| 地区名 | 〇地区 | 氏名 | 〇〇〇〇 | 電話 | 0185-00-0000 |
| | | | | FAX | 0185-00-0000 |

6 災害時に避難等で支援してくれる人(避難支援者)

| | | | | | |
|------|-------|-----|--------------|------|----------------------|
| 氏名 | 0000 | 住所 | 能代市〇〇町〇〇番〇号 | | |
| | | 電話 | 0185-00-0000 | 携帯電話 | 090-0000-0000 |
| (関係) | (隣人) | FAX | 0185-00-0000 | メール等 | xxxxxxxx@xxxxx.xx.jp |
| 氏名 | 0000 | 住所 | 能代市〇〇町〇〇番〇号 | | |
| | | 電話 | 0185-00-0000 | 携帯電話 | 090-0000-0000 |
| (関係) | (隣人) | FAX | 0185-00-0000 | メール等 | xxxxxxxx@xxxxx.xx.jp |
| 氏名 | 0000 | 住所 | 能代市〇〇町〇〇番〇号 | | |
| | | 電話 | 0185-00-0000 | 携帯電話 | 090-0000-0000 |
| (関係) | (いとこ) | FAX | 0185-00-0000 | メール等 | xxxxxxxx@xxxxx.xx.jp |

7 情報伝達ルート・問い合わせ先

| | | |
|-------|-----|-----------------|
| 自治会長→ | 班長→ | 要支援者本人 避難支援者 |
|-------|-----|-----------------|

8 避難時や避難所での生活に当たり配慮を必要とする事項

| | |
|-------------|------------------------|
| 必要な用具等 | 車いす、紙おむつ使用 |
| 既往歴・医薬品等 | ※病歴、必要な医薬品等を記入 |
| その他配慮が必要な事項 | ※その他避難するにあたり気の付いたことを記入 |

9 避難所・避難手順等

| | | | |
|-----|-------|-------|---------------------------------------|
| 避難所 | 〇〇公民館 | 避難手順等 | 家族が避難準備→避難支援者が介助(車いす)→一次避難所へ移動→避難所へ移動 |
|-----|-------|-------|---------------------------------------|

10 かかりつけ医療機関

| | | | |
|-------|---------|----|--------------|
| 医療機関名 | 〇〇医院 | 電話 | 0185-00-0000 |
| | 〇〇クリニック | 電話 | 0185-00-0000 |
| | 〇〇眼科 | 電話 | 0185-00-0000 |

11 福祉サービスの状況

| サービスの種別 | 事業所名 | 電話番号 | 利用状況等 |
|---------|-------------|--------------|-------|
| 居宅介護支援 | 〇〇居宅介護支援事業所 | 0185-00-0000 | |
| デイサービス | 〇〇デイサービス | 0185-00-0000 | 週〇回 |
| 訪問介護 | 〇〇訪問介護センター | 0185-00-0000 | 週〇回 |

12 その他特記事項

| |
|--------------------------|
| ※その他伝えておけなければならないことなどを記入 |
|--------------------------|