

年 月 日

避難行動要支援者名簿登録申請書

小郡市長 殿

私は、災害発生時に避難行動要支援者として避難支援を受けるため、必要な個人情報を避難行動要支援者名簿に登録し、市、自治会、自主防災組織、消防団、民生委員その他必要な関係者へ情報提供することに同意します。

避難行動要支援者本人の氏名：

※本人が直筆できない場合は、代理人の方の署名が必要です。

代理人の氏名 本人との関係

代理人の住所

ふりがな 氏 名		生年 月日	年 月 日	性 別	男 ・ 女	行政区	
住 所	小郡市				電話番号		
居住の状況 身体の状況 ※該当する番号 全てに○を付け てください。	1	高齢者	70歳以上の独居の者				
	2	高齢者	75歳以上の高齢者のみの世帯の者・				
	3	高齢者	介護認定が要介護3以上の者				
	4	身体障がい児・者	身体障害者手帳1級又は2級の交付を受けている者				
	5	知的障がい児・者	療育手帳Aの交付を受けている者				
	6	精神障がい児・者	精神障害者福祉手帳1級の交付を受けている者				
	7	難病患者	特定疾患認定患者				
	8	その他	上記以外で、災害時に自力で迅速な避難行動をとることが困難で避難支援を希望する者 ()				
緊急時連絡先	氏名		続柄	住所		電話番号	
避難支援を受け るにあたっての 要望事項	(例) 車いす、ストレッチャー等の移動用具と援助者が必要常時使用する医療機器（人工呼吸器、酸素ボンベなど）、医薬品が必要						

避難行動要支援者個別避難計画

住所	小都市				電話		
					携帯		
フリガナ					性別		
氏名					生年月日	年 月 日	
緊急時の連絡先	氏名		続柄	住所		電話	
	氏名		続柄	住所		電話	
避難支援を 必要とする事項	※あてはまるものすべてにチェック☑						
	☐ 立つことや歩行ができない ☐ 音が聞こえない（聞こえにくい）						
	☐ 物が見えない ☐ 言葉や文字の理解が難しい						
	☐ 危険なことを判断できない ☐ 顔を見ても知人や家族がわからない						
	☐ その他（ ）						
避難支援の方法	※あてはまるものすべてにチェック☑						
	☐ 安全な場所に避難させる（場所： ）						
	☐ 自宅の２階に避難させる ☐ 近隣宅に避難させる						
	☐ 声かけ（安否確認） ☐ その他（ ）						
避難の時に 持っていくもの	※あてはまるものすべてにチェック☑						
	☐ 薬・お薬手帳 ☐ めがね ☐ 補聴器 ☐ 入れ歯						
	☐ 車いす ☐ 杖 ☐ その他（ ）						
避難支援者	氏名			住所		電話	
	氏名			住所		電話	
	氏名			住所		電話	
メモ欄							

- ・個別避難計画は自主防災組織、民生委員等の避難支援関係者と共有する。
- ・この個別避難計画は、災害時の避難行動の支援が必ずなされることを保証するものではなく、また避難支援関係者が法的な責任や義務を負うものではない。

小郡市防災安全課防災係 72-2111(内線 242)