

記載例

避難行動要支援者台帳登録希望申込書

(身体)	療育	精神	等級	2
------	----	----	----	----------

住所	那須町大字寺子丙3-13		方書き (施設名)		
地区	本町	電話番号	0287-72-6917	携帯	090-0000-6917
氏名	カナ氏名	性別	生年月日	年齢	
保健福祉 太郎	ホケンフクシ タロウ	男	昭和20年1月1日	73歳	

・当てはまるところに○をつけてください。

災害などの緊急時に避難することはできますか？	1. ひとりで逃げることができる。 <input checked="" type="radio"/> 2. 周囲の人に多少手伝ってもらえれば逃げることができる。 3. 支援者の力がないと逃げられない。 4. その他 ()			
避難時に配慮すべき事項	<input type="checkbox"/> 立つことや歩行ができない <input type="checkbox"/> 物が見えない (見えにくい) <input checked="" type="checkbox"/> 音が聞こえない (聞き取りにくい) <input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解が難しい <input type="checkbox"/> 危険な事を判断できない <input type="checkbox"/> 知人や家族が認識できない <input type="checkbox"/> その他 ()			
かかりつけの医療機関はどこですか？ (複数の医療機関に受診している場合は2か所まで記入してください)		1	2	
	医療機関名	○×病院		
	病状	難聴		
	飲んでいる薬			
居住の状況	居住建物の構造	木造2階		
	建築年	30年		
	普段いる部屋の位置	1階左手前		
	寝室の位置	2階右奥		
家屋周辺の状況	水害のおそれ	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>	土砂災害のおそれ	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>

裏面もご記入ください。

記載例

避難支援を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 介護保険の認定を受けている 要介護認定区分 _____ <input checked="" type="checkbox"/> 手帳所持者 障害名(聴覚) 等級 2 <input type="checkbox"/> その他 【特記事項】 (_____)		
	支援者1	支援者2	
避難支援者情報	ふりがな	ほけんふくし じろう	なす はなこ
	氏名(続柄)	保健福祉 二郎 (子)	那須 花子 (友人)
	住所	那須町大字寺子丙3-13	那須町大字寺子丙3-15
	電話番号	0287-72-6917	090-0000-1234

※同意いただいた場合、避難支援者等に情報提供します。

個人情報提供同意届出書


避難行動要支援者は、避難支援への情報提供に同意することにより、避難支援者(地域等)から災害発生時における避難行動の際の支援を受ける可能性が高まりますが、災害時の避難行動の支援が必ず行われることを保証するものではありません。
 また、避難支援者は、法的な責任や義務を負うものではありません。

上記内容を理解した上、私の氏名、生年月日、性別、住所、身体状況、連絡先等、及び障がい名や病名を那須町地域防災計画に定める避難支援者等関係者に提供し、災害時における個別計画の作成など、地域の避難行動のために利用することに

同意します。

趣旨を理解した上で、同意しません。
 同意しない理由

(_____)

平成30年12月 1日 氏名 **保健福祉 太郎** 

※同意の意思について、変更の申出がない限り自動継続とします。
 ※皆様が、安心して暮らせるように情報を共有するもので、目的以外には使用いたしません。

問合せ：那須町保健福祉課 0287-72-6917