

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
----	----	----	----

住所		方書き (施設名)	
地区	電話番号	携帯	
氏名	カナ氏名	性別	生年月日
			年齢

・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。 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 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		
	病状		
	飲んでいる薬		
居住の状況	居住建物の構造		
	建築年		
	普段いる部屋の位置		
	寝室の位置		
家屋周辺の状況	水害のおそれ	有・無	土砂災害のおそれ
			有・無

裏面もご記入ください。

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 <input type="checkbox"/> 手帳所持者 障害名() 等級 <input type="checkbox"/> その他 【特記事項】 ()		
	要介護認定区分 _____) 等級 _____		
避難支援者情報		支援者1	支援者2
	ふりがな		
	氏名 (続柄)	()	()
	住所		
	電話番号		

※同意いただいた場合、避難支援者等に情報提供します。

<h2 style="margin: 0;">個人情報提供同意届出書</h2>	
<p>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。</p> <p>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</p> <p><input type="checkbox"/>同意します。</p> <p><input type="checkbox"/>趣旨を理解した上で、同意しません。 同意しない理由 ()</p>	
年 月 日	氏名 _____ (印)

※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