

【第1号様式】

八潮市避難行動要支援者避難支援個別計画書兼登録申請書

申請日： 年 月 日

八潮市長 宛て

私は、八潮市避難行動要支援者避難支援個別計画書兼登録申請書を提出します。

※代理記載の場合のみ記入	氏名		連絡先
	要支援者との関係		
ふりがな 氏名		性別 (該当に■)	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
住所	(在宅者が対象となります) 〒 ー 八潮市		
連絡先	電話： メール・FAX：		
同意事項 (該当に■)	①本申請書に記載された個人情報(災害時の避難支援等のために、関係機関及び地域の支援者に平常時から提供されること)に <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません ※「 <input type="checkbox"/> 同意しません」に該当する場合、個別計画書兼登録申請書の提出となりません。		
同居家族の有無 (該当に■)	<input type="checkbox"/> ①一人暮らし <input type="checkbox"/> ②同居家族あり (人家族) ↳ (<input type="checkbox"/> 配偶者 ・ <input type="checkbox"/> 親 ・ <input type="checkbox"/> 子 ・ <input type="checkbox"/> その他)	【写真添付】 ①6か月以内に撮影 ②上半身 ③正面向 ④脱帽	
生年月日 (該当に■)	<input type="checkbox"/> 明・ <input type="checkbox"/> 大・ <input type="checkbox"/> 昭・ <input type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 令 年 月 日 (歳)		
町会・自治会	町会・自治会 (避難所)		
区分 (該当に■)	<input type="checkbox"/> ①健康に不安を抱える65歳以上のひとり暮らし高齢者及び高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> ②要介護認定3以上の方で災害発生時に同居家族から支援を得られない方 <input type="checkbox"/> ③身体障害者手帳を有する者のうち、障がいの等級が1～2級の認定を受けている方〔どのような障がいか： 〕 <input type="checkbox"/> ④療育手帳(A)、Aを所持する知的障がい者 <input type="checkbox"/> ⑤精神障害者保健福祉手帳1・2級を所持する者 <input type="checkbox"/> ⑥難病患者 <input type="checkbox"/> ⑦妊産婦 <input type="checkbox"/> ⑧乳幼児 <input type="checkbox"/> ⑨外国人 <input type="checkbox"/> ⑩その他の者〔 〕		

※裏面も記入してください。

※個別計画書兼登録申請書を提出することで、災害時の避難支援や安否確認が保証されるものではありませんので、可能な範囲で自助による備えをお願いします。

※登録情報の有効期限は最大で3年間であり、延長する場合には再度提出が必要です。

市の記入欄	登録番号	
この個別計画書兼登録申請書は 年 月 日まで有効です。		

情報伝達及び 避難誘導での 留意事項 (該当に■)	<input type="checkbox"/> 立つことができない <input type="checkbox"/> 歩行ができない <input type="checkbox"/> 足が不自由である <input type="checkbox"/> 介助者が必要 <input type="checkbox"/> 車椅子が必要 <input type="checkbox"/> 手すりが必要 <input type="checkbox"/> 杖が必要 <input type="checkbox"/> その他〔例:ゆっくり誘導する〕
	<input type="checkbox"/> 音が聞こえない <input type="checkbox"/> 音が聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 電話での対応が難しい <input type="checkbox"/> 筆談が必要 <input type="checkbox"/> 手話が必要 <input type="checkbox"/> その他〔例:体にふれて注意を促す〕
	<input type="checkbox"/> 物が見えない <input type="checkbox"/> 物が見えにくい <input type="checkbox"/> 音声による支援が必要 <input type="checkbox"/> その他〔例:ゆっくり話す〕
	<input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解が難しい <input type="checkbox"/> 危険なことを判断できない (※どのような対応が必要かご記入ください。) 対応方法〔
	<input type="checkbox"/> その他(どのような対応が必要かご記入ください。) 対応方法〔
治療中の病気	例:糖尿病、白内障
服用中の薬	例:インスリン(糖尿病のため)
必需品 (該当に■)	<input type="checkbox"/> めがね <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他〔 <input type="checkbox"/> 薬〔
特記事項	その他支援する際の留意事項、持病による継続治療の内容、アレルギー 例:〇〇病院にて人工透析週3回 例:同居家族はいるが、日中は一人であることが多い。 例:デイサービス月・水・金 10:00-15:00(〇〇苑)を利用している
避難所での 留意事項	例:食事の介助を要する。
健康上での 留意事項	例:〇〇の病気のため、〇〇という薬を服用している。

※「支援者連絡先」に記載する支援者の方の同意を必ず得て記入してください。

緊急時の家族 等の連絡先	ふりがな 氏名	① (続柄)	電話番号	
			住所	
	② (続柄)	電話番号		
		住所		
支援者の連絡 先	ふりがな 氏名	① (関係)	電話番号	
			住所	
	② (関係)	電話番号		
		住所		