

白岡市避難行動要支援者名簿登録制度同意書 兼 個別計画書



白岡市長 様

私は、避難行動要支援者名簿登録制度の趣旨に賛同し、同制度の名簿に登録することを届け出ます。

災害の発生に備えて、登録した次の個人情報の写しを、市が事前に行政区や自主防災組織、民生委員・児童委員、警察署、消防署等、私の避難を支援する者へ情報提供することについて同意します。

令和 年 月 日

氏 名 _____

(本人が記入することが困難な場合)

代理人氏名 _____

代理人住所 _____

代理人連絡先 _____

本人との関係 _____

1 登録者の情報

住 所	〒 _____	年 齢	歳	性 別	
		生年月日	年 月 日		
フリガナ 氏 名	_____	電話番号	自宅 : 0480 _____	_____	
	_____		携帯 : _____	_____	
種 別	(該当する項目すべてに✓してください。)				
	<input type="checkbox"/> 75歳以上の高齢者でひとり暮らしの者 <input type="checkbox"/> 75歳以上の高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 介護保険で要介護の認定を受けた者 <input type="checkbox"/> 身体障害者のうち、身体障害者手帳1級又は2級の者 <input type="checkbox"/> 知的障害者のうち、療育手帳④又はAの者 <input type="checkbox"/> 精神障害者のうち、精神障害者保健福祉手帳1級の者 <input type="checkbox"/> 難病患者 <input type="checkbox"/> その他支援を必要とする者 (理由 _____)				
行政区	_____	避難所	_____		

2 緊急連絡先

緊急連絡先 (※緊急時に連絡がとれる方がいる場合は、御記入ください。)			
氏 名 (フリガナ)	続 柄	住 所	連絡先 (自宅・携帯・メール)
			電話 : _____ メール : _____
			電話 : _____ メール : _____

➡ (裏面へ続く)

3 支援に係る情報

かかりつけ 医	医療機関名		電話番号	
	医療機関名		電話番号	
治療中の病気又は障害名				
医療や介護に必要な 器具・補装具・薬品等				
避難時に配慮が 必要なこと		<p>(該当する項目すべてに✓してください。)</p> <p><input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> 寝たきり状態</p> <p><input type="checkbox"/> 歩行器・杖等 <input type="checkbox"/> 視覚障害</p> <p><input type="checkbox"/> 手話・筆談（聴覚障害、難聴等） <input type="checkbox"/> 通訳（語）</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p> <p>（具体的に：）</p>		
避難支援者（※災害時等に支援を行うことに同意を得られた自宅近隣の方を御記入ください。）				
氏名（フリガナ）	関係	住所	電話番号（自宅・携帯・メール）	
		白岡市	電話： メール：	
		白岡市	電話： メール：	

※ 同意の意思について、変更の届出がない限り自動継続とします。

※ この情報は、避難支援者（行政区、自主防災組合、民生委員・児童委員、警察署、消防署等）へ提供されます。

※ この制度は、あくまでも普段からの地域の助け合い（共助）によって、少しでも災害時の被害を減らそうとするものです。登録することで、必ず支援を受けられるとは限りません。支援をするかたが法的責任を負うものでもありません。

【市役所使用欄】

受付日	登録年月日	廃止年月日	備考