

草津町避難行動要支援者登録申請書兼避難支援計画書

作成日：令和 年 月 日

私は、避難行動要支援者登録制度の趣旨を理解し、同制度に登録することを希望します。

また、災害時の避難支援活動に役立てるため、下記の個人情報を平常時から避難支援者、避難支援等関係者（区長・民生児童委員・警察・消防等）に提供することに同意します。

ふりがな 氏名	性別		生年 月日	□大正 □昭和 □平成 □令和			
	□男 □女			年 月 日 (歳)			
住所	□草津 草津町大字		電話	自宅 ()			
	□前口			携帯 ()			
地区			担当民生委員				
ハザード 状況	□土砂災害特別警戒区域（急傾斜地の崩壊）		□土砂災害特別警戒区域（土石流）		□土砂災害警戒区域（急傾斜地の崩壊） □土砂災害警戒区域（土石流） □浸水想定区域		
避難行動 要支援者	□ひとり暮らし高齢者 □高齢者のみ世帯 □身体障害者 □知的障害者		□精神障害者 □要介護認定者 □その他 ()				
各種制度の 認定情報	□要介護認定（要介護 要支援)		□精神保健福祉手帳 ()		□療育手帳 ()		
	□身体障害者手帳 (級)		□障害支援区分 ()				
家族 構成	氏名		性別	年齢	居住状況	続柄	備考
			□男 □女		□同居 □別居		
			□男 □女		□同居 □別居		
避難支援者 ※災害時の情報伝達・避難を支援してくれる方 ※記載にあたり支援者の同意を得てください				緊急連絡先			
1	(ふりがな) 氏名			(ふりがな) 氏名			本人との 関係
	住所			連絡先	〒		
	連絡先			電話： ()	E-Mail： @		
2	(ふりがな) 氏名			相談したことのある機関・ケアマネージャー・支援員等			
	住所			名称	担当 ()		
	連絡先			連絡先	〒 電話： () E-Mail： @		
緊急時における 情報伝達の流れ							

あんしん電話	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	協力員 (ありの場合)	
かかりつけ医	医療機関名： 主治医： 住所： 電話番号：		
既往および服薬	既往： 服薬：		
避難誘導時の留意事項	<input type="checkbox"/> 自力で動けない <input type="checkbox"/> 自力で動けるが、歩行が不安定 <input type="checkbox"/> 認知症状がある () <input type="checkbox"/> 指示や状況の理解が難しい <input type="checkbox"/> 特定の人物以外からの声掛けを拒絶することがある <input type="checkbox"/> 福祉用具使用 (<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> その他 _____) <input type="checkbox"/> 医療機器使用 (<input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> その他 _____) <input type="checkbox"/> その他 ()		
避難先での留意事項	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 一部寝たきり <input type="checkbox"/> ベッド使用 <input type="checkbox"/> 車いす使用 <input type="checkbox"/> 医療機器使用 () <input type="checkbox"/> アレルギー () <input type="checkbox"/> その他 ()		

居住状況	自宅周辺地図
<p>【構造】 <input type="checkbox"/>戸建て _____ 階建て <input type="checkbox"/>集合住宅 _____ 階建ての _____ 階</p> <p>☆…玄関 <input type="checkbox"/>1階 <input type="checkbox"/>2階 <input type="checkbox"/>3階 ●…居間 (普段いる場所) <input type="checkbox"/>1階 <input type="checkbox"/>2階 <input type="checkbox"/>3階 ◎…寝室 (普段寝ている場所) <input type="checkbox"/>1階 <input type="checkbox"/>2階 <input type="checkbox"/>3階</p> <p>※道路、玄関、居間、寝室の位置を下図に記入してください</p> <p>1階 2階 3階</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px;"></div> </div>	指定避難所 _____ 福祉避難所 _____

注意事項

避難支援者の選定・依頼については、ご自身又はご家族等から、普段のお付き合いの中でお願ひします。避難支援者や町は可能な範囲において避難行動要支援者の支援を行うものであり、支援について法的な義務や責任は負いません。日頃から地域とのコミュニケーションを通じて早めの行動を心がけましょう。