

利根町避難行動要支援者登録名簿申請書

利根町長 様

令和 年 月 日

申請者 住所 _____

氏名 _____

私(登録者)は、利根町避難行動要支援者登録名簿制度に同意し、名簿に登録することを希望します。なお、私が申請により届け出た個人情報(氏名、住所、電話番号)を災害対応の目的で、右の機関に情報提供することを承諾します。また、緊急の連絡先の同意も得ています。

民生委員、警察署、 消防署、自治会、 社会福祉協議会
自治会名 ()

本人属性

フリガナ		性別	生年月日	血液型
登録者氏名		男・女		
		電話番号		
住所	利根町	F A X		
		携帯電話番号		

家族の状況(緊急連絡先)

フリガナ		続柄	電話番号	
氏名			F A X	
			携帯電話番号	
住所				
フリガナ		続柄	電話番号	
氏名			F A X	
			携帯電話番号	
住所				

担当民生委員・避難支援者

担当民生委員		電話番号		支援可能時間帯
		民生委員番号		
氏名		電話番号		支援可能時間帯
		住所		
氏名		電話番号		支援可能時間帯
		住所		

避難行動要支援者の状況 該当する番号・区分に○を付けてください

1	介護保険制度の認定区分 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5	担当ケアマネ ケアマネ電話番号	
2	身体障害(児)者	障害名 1 視覚障害 2 聴覚障害 3 言語障害 4 上肢不自由 5 下肢不自由 6 体幹機能障害 7 内部障害	
	等級	1級・2級・3級・4級・5級・6級	
3	知的障害(児)者	療育手帳	○A ・ A ・ B ・ C
4	精神障害者	精神保健福祉手帳	1級 ・ 2級 ・ 3級
5	65歳以上のひとり暮らし高齢者		
6	上記以外で、自力で避難が困難の方、もしくは下記理由により、災害時に支援を必要とする者(理由)		
掛かりつけの医者	名称： 住所：	電話番号：	

裏面へ続く

1 災害時の対応に必要な事項ですので、正確に記載してください。

2 調査項目で該当するものがあれば番号へ○を付けてください。

調 査 項 目		
会 話	1 視力が弱いので、音声で呼びかけが必要です。	
	2 聴覚障害により、筆談や手話による呼びかけが必要です。	
	3 耳が悪く聞こえにくいので、大きな声で呼びかけが必要です。	
移 動 手 段	4 避難所までの移動に、担架が必要です。	
	5 避難所までの移動に、車椅子が必要です。	
	6 歩行に問題はありませんが、避難所まで付き添いが必要です。	
医 療 及 び 看 護	7 人工透析（血液透析、腹膜透析）を行っています。	
	8 酸素ボンベを使用しています。また避難所まで酸素ボンベの携帯が必要です。	
	9 人工呼吸器が常に必要です。	
	10 避難所で酸素ボンベや酸素濃縮器が必要です。	
	11 避難所でたん吸入器が必要です。	
	12 避難所で吸入器（ネブライザー）が必要です。	
	13 ペースメーカーを装着していますか。携帯電話の利用に配慮が必要です。	
	14 カテーテル留置をしていますか。排尿に配慮が必要です。	
	15 人工肛門によりストマ用装具が必要です。	
	16 胃瘻（いろう）や中心静脈栄養により食事に対して配慮が必要です。	
	17 生命を維持するために常用している薬があり、携帯が必要です。 (薬名)	
	18 食事に対して配慮（きざみ食など）が必要です。	
	精 神	19 理解することが難しいので、わかりやすい言葉で話しかけが必要です。
		20 強いこだわりがあります。配慮が必要です。
		21 認知症の症状があります。配慮が必要です。
		22 精神障害（情緒不安定、幻想、幻覚など）に対するケアが必要です。
		23 大声を出したり、他害・自傷のおそれがあります。配慮が必要です。
	その他	(特記事項)
避難所までの避難ルート	避難所名	