別　記

第１号様式(第４条関係)

（表）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 酒々井町避難行動要支援者登録申請書兼個別計画台帳 | 登録番号 | 　 |

（あて先）酒々井町長

　　私は、酒々井町避難行動要支援者登録申請書兼個別計画台帳に登録すること

を希望するとともに、届け出た下記個人情報を町が名簿等の作成に使用し、警

察署、消防署、役場福祉担当課・防災担当課、社会福祉協議会、地域包括支援

センター、民生委員児童委員、自治会、自主防災組織及び消防団に提出するこ

とを承諾します。

　　　　　年　　月　　日

　　本人又は代理人氏名　　　　　　　　　　　　　　（続柄）

顔写真

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな　氏　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） |
| 住　所 |  |
| 該当区分(該当にレ) | □75歳以上のひとり暮らしの者　□75歳以上の高齢者のみの世帯の者　□要介護認定者（　　　）　□身体障害手帳所持（　　級）　□療育手帳所持（　　　）　□精神障害者手帳所持（　　級）　□妊産婦及び乳幼児　□難病患者　□日本語に不慣れな在住外国人　□家族不在時に支援が必要　　□その他(　　　　　　　) |
| 電　話 | 　　　　　　　　 | ＦＡＸ |  |
| 携　帯 |  | メールアドレス | 　 |
| 自治会名 |  | 民生委員児童委員名 |  |
| 緊急時連絡先①続　柄（　　) | ふりがな氏　名 |  | 緊急時連絡先②続　柄（　　) | ふりがな氏　名 |  |
| 住　所 |  | 住　所 |  |
| 電　話 |  | 電　話 |  |
| 携　帯 |  | 携　帯 |  |
| メールアドレス |  | メールアドレス |  |
| 家族構成・同居状況等 | 居住建物 |
|  | 建築時期 | 　 | 構造 | 木造・その他 |
| 耐震診断 | 実施・未実施 | 家具の固定 | あり・なし |
| 居住形態 | 戸建て・アパート（エレベータ有・無）・エアコン（有・無） |
| 【特記事項】見取り図(普段いる部屋、寝室の位置)（不在の時の目印、避難済みの目印） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

（裏）

※避難行動要支援者登録申請意思について、変更の申出がない限り自動継続とします。

※避難行動要支援者個別計画を作成するため、避難支援等関係者による訪問調査を実施する場合があります。

|  |
| --- |
| **※避難援助者は、法的な責任や義務を負うものではありません。** |
| 避　難援助者① | ふりがな |  |
| 氏　名 |  |
| 住　所 |  |
| 電　話 |  | 携　帯 |  |
| メールアドレス |  | その他 |  |
| 避　難援助者② | ふりがな |  |
| 氏　名 |  |
| 住　所 |  |
| 電　話 |  | 携　帯 |  |
| メールアドレス |  | その他 |  |
| 利用している福祉サービス等にチェック | □介護保険サービス　□障害福祉サービス　□緊急通報装置（協力員：　　　　　　　　　　　　　　　　）□給食サービス□福祉サービス事業所（事業所：　　　　　　　　　　　　担当：　　　） |
| 避難誘導時や避難先での留意事項（あてはまるものすべてにチェック） | □立つことや歩行ができない　　□危険なことを判断できない□物が見えない（見えにくい）　□顔を見ても知人や家族とわからない□音が聞こえない（聞き取りにくい）　　□その地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| かかりつけ医療機関 | 病院名：　　　　　　　　　　　　　　担当医： |
| 既往症及び治療中の病気 |  |
| 避難時に携行する医薬品※お薬手帳コピー添付可 |  |
| 避難場所等情報・避難経路（自宅から避難場所までの経路） |  |