

陸前高田市避難行動要支援者支援制度登録申込書

令和 年 月 日

陸前高田市長 様

私は、災害が発生し、又は災害が発生するおそれがある場合に自ら避難することが困難であるため、地域の方の支援が必要なので、避難行動要支援者制度に登録することを希望します。

また、私の避難行動を支援する目的として、本申込書の内容及び陸前高田市が保有する私に係る避難行動を支援するために必要な情報を自主防災組織(町内会等)、民生委員、社会福祉協議会、消防、警察、その他避難行動を支援する関係機関に提供することに同意します。

なお、本支援制度は、避難支援者等のボランティア精神に基づき支援を実施するものであり、登録によって、災害時等の支援が絶対的に保障されるものではなく、また、避難支援者等が法的な責任や義務を負うものではないことを理解します。

氏 名 ○ ○ ○ ○ ①

(署名) 自署の場合には押印する必要はありません。

氏 名	○ ○ ○ ○	性別	男	生年月日	昭2年1月1日	血液型	A
住民登録住所	陸前高田市 高田 町字 館の沖 110 (行政区 高田町17区)						
現在の居住地	陸前高田市 高田 町字 鳴石 42-5 (行政区 高田町3区) (住民登録住所と違う場合に記入してください。)						
連絡先	電話 55-0000	携帯電話 090-####-####	FAX 54-0000	電子メール ***@++++. **. JP			
身体状況	1 寝たきり(介護度・障がい等級) 2 歩行困難(介護度・障がい等級 3) 3 足腰等が弱く移動に時間がかかる 4 視覚に障がい(障がい等級等) 5 聴覚に障がい(障がい等級等) 6 避難の必要性等の判断が困難 7 その他 ()						
世帯状況	1 ひとり暮らし 2 日中にひとりになることが多い 3 その他						
家族構成 同居状況等	家族 4 人(本人含む) 本人、妻、子、子の妻						
災害時に 必要な支 援等	避難の際や避難所で不安なことなどを記入してください。 脳梗塞後遺症により半身が不自由。 外出時は車椅子を使用しており一人では避難できない。						
緊急時 連絡先	氏 名	本人との関係	住 所	電 話	電子メール		
	○○ ◎◎	子	高田町字●●1-1	55-◎◎◎◎	++@**. **. JP		
	○○ □□	近隣住民	高田町字□□2	54-□□□□	++@**. ++. JP		
自主防災組織 (町内会)	△△△町内会						

※ 裏面に続く

緊急時連絡先は、できるだけ避難を支援してほしい近隣住民などの避難支援者を記載してください。

傷病履歴等		服用薬等	
糖尿病 脳梗塞		○○○錠 ●mg	
かかりつけ医療機関・主治医等		居宅介護支援事業所・介護支援専門員等	
●○病院 ◇◇ ◇◇ 先生		□□△介護支援センター ▽▽ ▽▽	
使用している医療機器・介護機器等		アレルギー等避難生活で特に配慮が必要な事項	
杖、車椅子 介護用ベッド ポータブルトイレ		×××アレルギー	
建物構造	1 木造 2 その他 ()	階数	2 階建
寝室等特記事項			
介護用ベッド使用 出入り口が狭い			
寝室等の配置図（玄関と寝室の位置関係が分かる略図）			
			