

# 避難行動要支援者名簿登録依頼書

1 災害発生時に支援等を要する理由 以下に理由をご記入ください。

--

2 登録内容記入欄 以下に必要事項をご記入ください。

	記入日	年 月 日				
同意者本人情報	ふりがな			代筆者氏名（続柄）		
	氏名			（ ）		
	住所	〒		性別 男 ・ 女		
	生年月日	年 月 日				
	電話番号		自治区名			
	FAX		組			
	携帯電話		民生委員			
	介護保険	介護保険の認定なし ・ 認定あり → 要支援・要介護 1・2				
	障がい者手帳	なし ・ あり → 身体 療育 精神 （ ）				
	世帯状況	ひとり暮らし ・ 2人以上 ⇒ 世帯人数（ ）人				
（親緊急連絡先）	①	氏名		住所		
				電話		
	②	氏名		住所		
				電話		
（近隣の支援者）	①	氏名	電話	②	氏名	電話
		住所			住所	
	③	氏名	電話	④	氏名	電話
		住所			住所	

裏面も御確認・御記入ください。

### 3 災害時の留意事項

避難時の留意事項 (該当がある場合チェック)	<input type="checkbox"/>	寝たきりで自力では動くことができない
	<input type="checkbox"/>	自力で動くことができるが、足腰や避難判断に不安がある
	<input type="checkbox"/>	歩行時には杖などの補助具が必要
	<input type="checkbox"/>	物が見えない（見えにくい）
	<input type="checkbox"/>	音が聞こえない（聞き取りにくい）
	<input type="checkbox"/>	言葉や文字の理解がむずかしい
	<input type="checkbox"/>	危険なことを判断できない
	<input type="checkbox"/>	顔を見ても知人や家族とわからない
	<input type="checkbox"/>	情報入手に不安がある
	<input type="checkbox"/>	食事の際に付き添いが必要
	<input type="checkbox"/>	排便の際に付き添いが必要
	<input type="checkbox"/>	持病がある 病名（ _____ ）
	<input type="checkbox"/>	生活する上で必要となる薬がある 薬名（ _____ ）
その他災害時に不安に思うこと		

### 4 同意者署名兼登録内容記入欄 内容・備考を御確認ください。

豊田市長 様

私は、災害発生時に地域からの支援が得られるよう、支援に必要な情報を自治区（役員や組長含む）、自主防災会、民生・児童委員、地域支援者、地域包括支援センター、消防団、警察（豊田市地域防災計画に定める避難支援等関係者）へ事前に情報提供し、受領者間で支援のために利用・共有することに同意します。

年        月        日

本人署名 \_\_\_\_\_

代筆者住所 \_\_\_\_\_

代筆者氏名 \_\_\_\_\_

#### 備考

- ※支援に必要な情報を更に収集するため、自治区役員や民生委員等が訪問することがあります。その際は御協力をお願いします。
- ※同意によって、災害時に支援が必ずなされることを保証するものではありません。
- ※自治区や民生委員・地域支援者等の支援者は、法的な責任や義務を負うものではありません。
- ※緊急連絡先・地域支援者になる方にはあらかじめ同意をいただいでください。