

米原市避難行動要支援者名簿登録申出書

| | | | | | | |
|--------------------------------|---|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---|
| フリガナ | | 生年月日 | 明・大・昭・平・令 | 年 | 月 | 日 |
| 氏名 | | 年齢 | 歳 | 性別 | 男・女 | |
| 住所 | 〒521- 米原市 | 番地 | 自治会名 | | | |
| 電話番号 | - | 携帯電話番号 | - - | | | |
| FAX番号 | - | | | | | |
| 避難支援等 を必要とする 理由 | <input type="checkbox"/> ① 要介護認定者 【要介護度 3・4・5】 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ② 身体障害者手帳保持者 【 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> その他】 級 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ③ 療育手帳保持者 【障害程度： 】 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ④ 精神障害者保健福祉手帳保持者 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ⑤ 旧災害時要援護者登録制度による登録をしている方 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ⑥ ①から④までの要件に該当せず、災害時に自力で避難することが困難な方 【理由： 】 | | | | | |
| 医療機器等の使用状況 | | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | | | |
| <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 | <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 | <input type="checkbox"/> 吸引 | <input type="checkbox"/> 気管切開 | <input type="checkbox"/> 人工透析 | <input type="checkbox"/> その他【 】 | |
| 絆バトン利用状況 | | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | | | |

※絆バトンとは、かかりつけ医療機関、疾病の有無、内服薬等の医療情報を保管するカプセルです。

地域の避難支援者への情報提供に同意することにより、災害時における避難行動の際の支援を受ける可能性が高まりますが、避難支援者自身や家族などの安全が前提のため、同意によって、災害時の避難行動の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。また、避難支援者は、法的な責任や義務を負うものではありません。

私は、上記の内容を理解し、避難の支援、安否の確認、その他の生命または身体を災害から保護を受けるために、申出書に記入した情報を自治会長、自主防災組織、民生委員・児童委員、社会福祉協議会、地域包括支援センター、消防機関、警察機関に対して、平常時から提供することに、

- 同意します
 趣旨を十分理解した上で、同意しません

令和 年 月 日 氏名 _____

- ◆趣旨を十分理解した上で、情報提供に同意されない場合も、太枠の氏名等の記載をお願いします。
- ◆同意の意思について、申し出のない限り自動継続とします。
- ◆避難支援プラン（個別計画）を作成するため、地域の避難支援等関係者が訪問することがありますので、その際は、ご協力ください。

【代理署名者】本人が署名できない場合

| | | | |
|------|--|------|-----|
| フリガナ | | 続柄 | |
| 氏名 | | 電話番号 | - - |