

## 清瀬市 避難行動要支援者 登録申込・同意書（新規用）

清瀬市長 宛

### ◆個人情報提供について

私は、避難行動要支援者登録制度の趣旨に賛同し、同制度に登録を希望します。また、私が届け出た下記個人情報は、予め関係機関（清瀬市、清瀬市民生委員・児童委員協議会、東村山警察署、清瀬消防署、清瀬市消防団、多摩小平保健所、清瀬市社会福祉協議会、自主防災組織、清瀬市高齢者ふれあいネットワーク協力員・協力機関）で共有し、日常的な見守りや支援等の実施に必要な限度で活用する他、有事の際、学校等避難所の運営に携わる者、福祉避難所等にて共有することに同意します。

また、登録内容に変更等が生じた場合は速やかに届出をします。

更新日： \_\_\_\_\_ 年 月 日

フリガナ		性 別	男 ・ 女
本人氏名		生年月日	大・昭・平 年 月 日
住 所	〒 _____ 電話番号 _____		
携帯電話		F A X	
電子メール			

提出者 (本人以外の 申込み)	氏 名 _____	本人との関係 ( _____ )
	住 所 _____	電話番号 ( _____ )
<input type="checkbox"/> 登録者本人の同意有り (同意があった場合には☑して下さい。)		

<避難支援等を必要とする事由>

### ◆申込み理由と生活の状況 (チェックの上、該当理由全てに○をつけてください。)

申込理由	<input type="checkbox"/> 75歳以上一人暮らし <input type="checkbox"/> 75歳以上のみ世帯 <input type="checkbox"/> 介護保険の要介護認定を受けている (要介護 3 ・ 4 ・ 5) <input type="checkbox"/> 身体障害者・知的障害者・精神障害者手帳の交付を受けている (級・度 1 ・ 2) <input type="checkbox"/> 第1種身体障害者 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
同居家族 の状況	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <hr/> <input type="checkbox"/> 同居者あり ( 親 ・ 配偶者 ・ 子 ・ 孫 ・ 親族 ・ 他 ) <input type="checkbox"/> 同居者は、外部に支援を呼べる <input type="checkbox"/> 同居者は、外部に支援を呼べない (理由: _____ )



以下の項目は任意記入になります。 ※この情報は支援者にも提供します。

◆医療や福祉サービスの状況

私は医療や福祉サービスを受けています。 ( はい ・ いいえ )

◆(はいと答えた方は以下にご記入下さい)

かかりつけ医 医療機関名	医療機関① (担当医) 電話番号 ( )	医療機関② (担当医) 電話番号 ( )
治療中の主な 病気、障害		
福祉用具 補装具や 医療・介護に 必要な器具	<input type="checkbox"/> 特になし	
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう等) <input type="checkbox"/> 膀胱の留置カテーテル <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 担架・ストレッチャー	
	<input type="checkbox"/> その他 ※食事の形態など配慮が必要な項目があれば記入してください。 ( )	
現在受けて いる 介護保険や 障害福祉 サービス	介護支援 専門員 や相談員	事業所名 (担当者)  電話番号 ( )
	利用 サービス	事業所名・曜日・どんなサービスを受けているのか

◆加入・参加団体等

自治会・ 町内会		老人 クラブ	
よく行く サロン①		よく行く サロン②	
その他①		その他②	