

## 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: _____ )

◆支援者についての同意（確認後、□に、✓をしてください）

**支援者がいる場合**

私は、緊急時の連絡先・親族の連絡先・支援者の連絡先を市と関係機関に提供することについて支援者の同意を得ています。	□
--	---

**支援者がいない場合・追加で決めてほしい場合**

私は、災害時の支援者がいないため、私が届け出た上記個人情報、自主防災組織、清瀬市ふれあいネットワーク協力員・協力機関に提供し、候補者がいれば、支援者を決めていただけるよう依頼します。	□
---	---

※安否確認は、情報提供を行うことで支援者が決まっている方が優先されます。

◆緊急時の安否確認や支援について 避難の支援や手助け（介助等）が必要な理由（複数チェック可）

私の状態  A~Cの いずれかに チェック してください。  より介助が 必要な状態を 優先します。	<b>A</b> <input type="checkbox"/> 自力で外出できる（念のため、安否確認をして欲しい）
	<b>B</b> <input type="checkbox"/> 災害時には支援・避難の手助けが必要 <input type="checkbox"/> 歩行が不安定 <input type="checkbox"/> 大きな災害時に移動できない（車いすの自走を含む） <input type="checkbox"/> 音が聞こえにくい <input type="checkbox"/> 音が聞こえない <input type="checkbox"/> 物が見えにくい <input type="checkbox"/> 物が見えない <input type="checkbox"/> 言葉や文字が理解しにくい（丁寧な説明があれば理解できる） <input type="checkbox"/> 危険性が判断しにくい（丁寧な説明があれば理解できる） <input type="checkbox"/> その他（ ）
	<b>C</b> <input type="checkbox"/> 災害時には介助が必要 <input type="checkbox"/> 自力での移動が難しい <input type="checkbox"/> 食事や排泄の介助が必要 <input type="checkbox"/> 担架・ストレッチャーでの移動が必要 <input type="checkbox"/> 言葉や文字が理解できない <input type="checkbox"/> 危険性が判断できない <input type="checkbox"/> 集団での生活が困難（親しい人や専門職の対応が必要） <input type="checkbox"/> その他（ ）

※状態がAの方は、まずご自分で避難や支援者との連絡を試みましょう。  
 状態がBの方は、災害時の支援者を決め、安否確認の方法を決めましょう。  
 状態がCの方は、必ず災害時の支援者を決め、安否確認の方法を決めましょう。  
 災害時には福祉避難所の利用が必要となる可能性が高いと考えられます。

◆緊急時の連絡先（親族等）・支援者 ※安否確認を依頼した方を「支援者」にしてください。複数名でも構いません。

フリガナ氏名	連絡種別	続柄	住所	電話	メール
	<input type="checkbox"/> 連絡先 <input type="checkbox"/> 支援者				
	<input type="checkbox"/> 連絡先 <input type="checkbox"/> 支援者				
	<input type="checkbox"/> 連絡先 <input type="checkbox"/> 支援者				

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	