

近江八幡市 避難行動要支援者登録申請書兼同意書

提出日 令和 年 月 日

近江八幡市長 様

1. 避難の支援、安否確認、その他の生命又は身体を災害から保護するため、また日頃から避難支援等の活動のため必要となる個人情報(※)を市および避難支援等関係者(自治会(組長会・班長会)、地区担当の民生委員児童委員、自主防災組織または自主防災組織に準ずる組織等)へ提供します。

(※提供する個人情報は、氏名・生年月日・住所・性別・連絡先・緊急連絡先・必要な避難支援等です。)

2. 避難支援等関係者は、可能な限りにおいて、あなたの支援を行うものであり、この同意によって災害時における支援が必ずしも約束されるものではありません。また、法的な責任や義務を負うものではないことを、あらかじめ理解します。

3. 避難支援等関係者があなたの避難支援を確保するために必要な情報を聞き取ることについて、あらかじめ理解します。

上記3点について、

同意します 同意しません 制度に該当しません

(施設・病院へ長期入所・入院中のため)

本人署名:	代理人署名(続柄)
住所 : 近江八幡市	代理人電話番号
生年月日: 年 月 日	

※災害時の対策について、制度のご案内(パンフレット)を参考にチェックをお願いします。

- 自分や家族等だけで対策や避難方法を考えることができます。
- 地域や福祉専門職の協力により、対策や避難方法を考えることを希望します。

◎同意された方へ⇒平常時・災害時に情報提供しますので裏面もご記入ください。

裏面にご記入いただいた内容は、上記1の避難支援等関係者へ平常時から情報提供します。

◎同意されない方へ⇒災害時に情報提供しますので裏面もご記入ください。

同意されない場合でも、市では不同意者として名簿に登録し、災害時には生命又は身体
の安全確保のため上記1の避難支援等関係者へ情報を開示しますので、裏面の内容につ
いてもご記入ください。災害時の対応は、避難情報の伝達や避難所での名簿確認となりま
す。

なお、記入された内容は、市で厳重に管理し、災害時以外には活用しません。

※同意・不同意の意思は改めて申請されるか、取り下げの申し出がない限り、自動継続します。

裏面もご記入ください。

提供する名簿情報
下記の項目についてご記入ください。

◎(避難行動要支援者基本情報)

ふりがな 氏名			生年月日	明・大 昭・平 令	年	月	日
	(男・女)						
住所	近江八幡市						
自治会名			民生委員名				
世帯構成 (本人含む)	世帯人員： 人 世帯構成(配偶者・父・母・子・子の配偶者・孫・その他)						
電話番号	(自宅)		(FAX)				
	(携帯)		(メール)				

◎(緊急連絡先)

氏名	本人との 関係	住所	連絡先

◎(現在の状態)※当てはまるものにチェックしてください。(地域への情報提供はありません)

現在の状態	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳1級、2級所持者または車いす利用の3級所持者 <input type="checkbox"/> 療育手帳Aの所持者 <input type="checkbox"/> 要介護状態区分が3以上の認定者 <input type="checkbox"/> 上記に準ずる難病患者 <input type="checkbox"/> その他()
-------	---

◎(必要な避難支援)※A～Cのうち、当てはまるものにチェックし、必要な理由にもチェックをしてください。

<input type="checkbox"/> A	自力で動くことが難しい(車いす使用、寝たきりなどのため避難に介助が必要)	
<input type="checkbox"/> B	自力で動けるが、避難所まで付き添って欲しい(歩行が危うい、状況判断が厳しい)	
<input type="checkbox"/> C	自力で動けるが、情報入手が難しい(情報伝達のための声掛けが必要)	
支援が必要な理由	<input type="checkbox"/> 立つことや歩行が難しい・出来ない <input type="checkbox"/> 物が見えにくい、見えない <input type="checkbox"/> 音が聞こえにくい、聞こえない <input type="checkbox"/> 電源が必要な医療機器を使用している	<input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解が難しい <input type="checkbox"/> 危険なことが判断できない <input type="checkbox"/> 顔を見ても家族等と分からない

◎かかりつけの医療機関または担当ケアマネジャーまたは相談支援専門員等
※緊急時に連絡が可能なところを1つご記入ください

医療機関名または事業所名および担当者名	連絡先
	() -