

五所川原市避難行動要支援者登録申請書兼個別計画

(あて先) 五所川原市長

私は、避難行動要支援者支援制度の趣旨に賛同し、同制度の名簿登録を申請します。  
 また、私に関する下記の情報が、市の関係部署や消防本部、社会福祉協議会、民生委員児童委員、自主防災組織、避難を支援する地域支援者へ提供されることに同意します。

①.新規	2.変更	※変更の場合は氏名・住所欄及び変更箇所を記入して下さい。令和 ** 年 ** 月 ** 日		
ふりがな	ごしよ たろう		性別	生年月日
氏名	五所 太郎		①男・女	血液型
住所	五所川原市 大字〇〇字〇〇 〇〇-〇			町内名
	建物名 (方書)	〇〇アパート101		〇〇
電話	( ** ) ****	FAX	( ** ) ****	
携帯電話	*** ( **** ) ****	メール	〇〇〇〇 @ 〇〇〇.ne.jp	
代理人	氏名			関係
	住所			
指定避難場所	〇〇〇〇小学校		担当民生委員	民生 花子
担当ケアマネジャー等	氏名	五所 花子	所属 (電話番号)	〇〇〇〇 ****-**-****
特記事項(情報伝達方法や避難・支援に関する要望等)				
耳が悪いので、大声で話すこと。足が悪く、避難所までは歩くのが困難。				

※指定避難所・担当民生委員がわからない場合は記入不要です。

1 登録区分(該当する番号を○で囲んでください)

1	75歳以上の高齢者世帯 : (○で囲んでください)	①一人暮らし・高齢者のみの世帯
2	身体障害者 : (○で囲んでください)	1級・2級
3	知的障害者	愛護A
4	精神障害者	1級
5	要介護度 : (在宅生活者のみ ○で囲んでください)	①介護3・介護4・介護5
6	妊婦	出産予定日:(記入してください) ( 年 月 日予定)
	多胎: (双子・三つ子等) ○を記入してください)	
7	在住外国人 : (日本語に不慣れな方のみ、国籍を記載してください)	( )
8	その他支援を必要とする方 (該当箇所を○で囲むか、詳細を記入してください)	( 寝たきり ・ 認知症有り ・ 難聴 ・ 弱視 )
		医療救護を要する ( 人工透析 ・ 在宅酸素 )
		難病 ( )
		その他 ( )

## 2 特記事項

支援の区分 (○で囲んでください)	1 : 自力で避難することが困難(全支援)		
	② 自力で避難できるが時間を要する(一部支援)		
	3 : 自力で避難はできるが、避難情報の判断に不安がある(連絡確認)		
	※避難支援は支援者の任意の協力で行われるもので、被災等の状況によっては支援が困難になる場合もあります。		
歩行能力 (○で囲んでください)	歩行可 ・ ① 一部介助要する ・ 歩行不可		
かかりつけ医	〇〇病院	電話	**-****
安心電話の有無	① 有 ・ 無	家族構成	1 人
住居の状況 (該当箇所を○で囲むか、詳細を記入してください)	構造	① : 木造      2 : その他( )	
	区分	1 : 一戸建て    ② : 共同住宅    3 : その他( )	
	階数	平屋 ・ ② 階 ・ ( ) 階	築年数    築 20 年

## 3 緊急時の連絡先

1	氏名	五所 一郎	関係	長男
	住所	弘前市城東一丁目〇〇-〇		
	電話	**** ( ** ) ****	携帯電話	*** ( **** ) ****
	メール	〇〇〇〇 @ 〇〇〇.ne.jp		
2	氏名	五所 一子	関係	長女
	住所	東京都世田谷区〇〇〇 〇〇-〇		
	電話	** ( **** ) ****	携帯電話	*** ( **** ) ****
	メール			
3	氏名		関係	
	住所			
	電話	( )	携帯電話	( )
	メール			

※1～2名でも構いませんので記入して下さい。

## 4 地域支援者 (隣近所で日常生活の見守りや災害時の避難誘導の支援ができる人)

1	氏名	支援 一郎	関係	親戚
	住所	五所川原市 大字〇〇字〇〇 〇〇-〇		
	電話	( ** ) ****	携帯電話	*** ( **** ) ****
	メール	@		
2	氏名	支援 二郎	関係	知人
	住所	五所川原市 大字〇〇字〇〇 〇〇-〇		
	電話	( ** ) ****	携帯電話	*** ( **** ) ****
	メール	〇〇〇〇 @ 〇〇〇.ne.jp		
3	氏名		関係	
	住所	五所川原市		
	電話	( )	携帯電話	( )
	メール			

※ご協力いただける方に了解していただき、できるだけ記入して下さい。見つかることができなくても登録できます。