

避難行動要支援者登録申請書兼個別支援計画書

屋久島町長 宛

申請日	令和 ○年 ○月 ○日		
(ふりがな) 申請者氏名	(やくしま まちこ) 屋久島 町子	性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女
生年月日	昭和 ○年 10月 1日		
住所	屋久島町小瀬田843-20		
電話番号	0997-43-5900		

(代理人の場合は御記入ください。)

代理人 氏名	○○ ○○	申請者との関係 長男
電話番号	000-0000-0000	

私は、災害時等の避難行動や安否確認及び緊急時の身元確認につなげるため、避難支援等関係者（消防機関、警察、民生委員・児童委員、社会福祉協議会、自主防災組織、その他避難支援等の実施に携わる関係者）に以下の個人情報（名簿情報）について提供することに、

同意します

同意しません

(該当の理由にをしてください。)



<input type="checkbox"/> 自分で避難できるから
<input type="checkbox"/> 家族がいるから
<input type="checkbox"/> 施設・病院等に入院し自宅にいない
<input type="checkbox"/> 自分の情報を知られたくない
<input type="checkbox"/> その他()”

※必要になった際はいつでも申請できます。

○同居者（無し・有り↓）

氏名	携帯番号	続柄	氏名	携帯番号	続柄
○○ ○○	000-0000-0000	長男	○○ ○○	000-0000-0000	孫
○○ ○○	000-0000-0000	長男の妻			

住民登録に関係なく、同居人は記載してください。

○ご親族（緊急時等の連絡をさせていただく方 ※町外在住者も可）

氏名	住所	電話番号	続柄
○○ ○○	屋久島町小瀬田843-20	000-0000-0000	長男の妻
○○ ○○	○○県○○市・・・・	000-0000-0000	次男

○避難支援者（災害時の避難行動支援や安否確認をしてくださる方）

※注2 避難支援者にも把握していただきたいため

氏名	住所	電話番号	続柄
○○ ○○	屋久島町小瀬田	000-0000-0000	長男
○○ ○○	屋久島町・・・・	000-0000-0000	知人

不明な場合は地区名だけでも OK

○かかりつけ医等

医療機関名	●●診療所
居宅介護支援事業所又は利用事業所	●●居宅介護支援事業所

略称でも OK

○申請者の状況（該当の項目に☑をしてください。）

申請理由	
<input type="checkbox"/> 1. 要介護3・4・5の認定を受けている <input type="checkbox"/> 2. 身体障害者手帳【1級・2級】を持っている ※障害の種類は視覚障害、聴覚障害及び肢体不自由に限る <input type="checkbox"/> 3. 療育手帳A1・A2を持っている <input type="checkbox"/> 4. 精神障害者保健福祉手帳1級を持っている <input type="checkbox"/> 5. 難病で避難する際に支援が必要 <input checked="" type="checkbox"/> 6. 1～5に該当しないが、自力で避難することが困難である	
困難な理由 数メートル歩くと息切れし、避難所までの移動が不安なため。 目が見えない 耳が聞こえづらい	
ペット	<input type="checkbox"/> いない <input checked="" type="checkbox"/> いる →種類（ <input checked="" type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> その他（ ））
避難支援	<input type="checkbox"/> 介助不要 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助が必要
避難場所	<input type="checkbox"/> 在宅避難 <input type="checkbox"/> 家族・知人の家 <input checked="" type="checkbox"/> 地区公民館等指定避難所 <input type="checkbox"/> ホテル・旅館 <input type="checkbox"/> その他（ ）
避難方法	<input checked="" type="checkbox"/> 徒歩・公共交通機関 <input type="checkbox"/> 車（ <input type="checkbox"/> 自己運転 <input type="checkbox"/> 他者運転） <input type="checkbox"/> その他（ ）
治療中の病気等	<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input checked="" type="checkbox"/> 高血圧 <input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病（ペースメーカー・その他） <input type="checkbox"/> その他（ ）
医療処置	<input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 薬剤アレルギー <input type="checkbox"/> 在宅酸素使用 <input type="checkbox"/> その他（ ）
避難した場合特に注意すべきこと	飲んでいる薬と使用上の注意 糖尿病薬 血圧薬 利尿剤 食後服用
	避難時及び避難場所での留意事項 <input type="checkbox"/> 排泄、食事、着替え等において介助を要する。 <input type="checkbox"/> 周囲に配慮できない行動を取ることがある。 <input checked="" type="checkbox"/> 聴覚等の障がいにより、情報収集等に困難を伴う。 <input type="checkbox"/> その他、避難生活時に不安なことがある。

簡単な記載でOK

※登録されても、避難支援等が必ずなされることが保証されるものではありません。
 ※避難支援等関係者は、避難支援等に関し法的な責任や義務を負うものではありません。
 ※登録の意思について、変更等の申出がない限り自動継続とします。

以下町確認欄

行政区・台帳番号	・	ハザードマップ	
特記事項			