避難行動要支援者登録申請書兼台帳（個別計画）

別記様式（第４条関係）

令和**○○**年**×**月 **×**日

殿

本人または代理人(介護者)

記 入 例

住所〒**394-8510　　　岡谷市幸町8-1**

氏名**岡谷　花子　　　　　　　　　印**

　(要援護者との関係**本人**　)

岡谷市において大きな災害が発生したときには、私の安否確認や災害情報の提供及び地域での援助を受け

たいので、下記の事項を登録するとともに、この申請書兼台帳（個別計画）を、避難支援等関係者に提供し、災害

時の援助を得ることに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 項　目 | 届　　　　　　　　出　　　　　　　内　　　　　　　容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 援護を必要とする　　　　　　本　　人 | フリガナ | | **オカヤ** | | | | | | **ハナコ** | | | | | 電話番号 | | | | **0266-23-4811** | | | | |
| 氏　　名 | | **岡谷** | | | | | | **花子** | | | | | FAX番号 | | | | **0266-22-8492** | | | | |
| 携帯番号 | | | | **090-1234-5678** | | | | |
| 生年月日 | | 明・大・・平・令**6**年**４**月**２**日（**８９**歳）男 ・ 女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | | 〒**394-8510**  **岡谷市幸町8-1** | | | | | | | | | | | | **岡谷** 区**１**町内  （担当民生委員　：**茅野　太郎**） | | | | | | | |
| 要援護者が一人になる時間帯 | | | | | | **８** 時から　**17**時まで | | | | | | | | | 血液型 | | | ＲＨ　　＋　－**B**型 | | | |
| 主たる  同　居  家族等 | 氏　　　　　名 | | | | | | | 続　柄 | | | | 氏　　　　　名 | | | | | | | | | | 続　柄 |
| **岡谷　太郎** | | | | | | | **夫** | | | | **山田　次郎** | | | | | | | | | | **二男** |
| **諏訪　美子** | | | | | | | **長女** | | | | **諏訪　三郎** | | | | | | | | | | **長女の夫** |
| 緊急時の連絡先① | | | | | | | | | | | 緊急時の連絡先② | | | | | | | | | | | |
| フリガナ**ヤマダ　イチロウ** | | | | | 本人との続柄 | | | | | | フリガナ　　**イトウ　シロウ** | | | | | | | | | | 本人との続柄 | |
| 氏　　名**山田　一郎** | | | | | **長男** | | | | | | 氏　　名　　　　**伊藤　四郎** | | | | | | | | | | 甥 | |
| 住　　所 〒 **394-0000**  **岡谷市１２３４－５** | | | | | | | | | | | 住　　所 〒　　**650-0044**  **兵庫県神戸市中央区東川崎町1-2-3** | | | | | | | | | | | |
| 電話番号**12-3456** | | | | 携帯番号**090-2345-6789** | | | | | | | 電話番号**078-123-1111** | | | | | | 携帯番号**090-3456-0123** | | | | | |
| FAX番号**12-3456** | | | |  | | | | | | | FAX番号**078-123-1112** | | | | | |  | | | | | |
| 避　難　支　援　者 | | | | | | | | | | 避　難　支　援　者 | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 | | **田中　五郎** | | | | 続柄（**隣人**　） | | | | 氏　　名 | | | **佐藤　六郎** | | | | | | | 続柄（**隣人**　） | | |
| 住　　所  電話番号 | | **岡谷市12-3**  **0266-23-4567** | | | | | | | | 住　　所  電話番号 | | | **※声かけをして、一緒に避難することが可能な方が望ましい。** | | | | | | | | | |

**隣人などで避難を支援いただける方を記入（できる限りで構いません）**

|  |  |
| --- | --- |
| 対象 | 介護認定（３・４・５） ・ 身体障がい者（１級・２級） ・ 療育Ａ ・ 精神障がい者（１級・２級） ・ その他（　　 　） |
| 申請理由等　　支援活動を円滑に進めるため、身体の状況・必要な補助器具など具体的に記入してください。  **高齢により、足腰が弱く、歩行が遅い。** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 避難指示等の伝達者・伝達方法・問合せ先  **※　町内会長さん、隣組長さん、避難支援者に指定されている“田中　五郎”さん**  **※　聴覚障害のため、FAX・直接的な伝達が必要　等。** | | | | | | | |
| その他（担当している介護保険事業者名・連絡先等）  **※﷒　担当している介護保険事業者名・連絡先　等**  **（例：ヘルパーさん・通所施設の支援員さん　等）** | | | | | | | |
| 避難所までの経路図 | | 避難場所： | | | 避難所： | | |
| **※　市社会福祉課にて用意するので不要です。** | | | | | | | |
| 治療中の病気 | 疾患名 | 使用中の薬 | 医　療　機　関 | | | | |
| **狭心症** | **パイアスピリン**  **※できるだけ細かく** | 医 療  機関名 | **岡谷市民病院　内科** | | | |
| 連絡先 | **0266-23-8000** | | 主治医 | **小口　七郎** |
| **てんかん** | **フェノファール**  **※できるだけ細かく** | 医　療  機関名 | **諏訪赤十字病院　内科** | | | |
| 連絡先 | **0266-52-6111** | | 主治医 | **今井　八郎** |