

草津市避難行動要支援者登録申請書 兼 個別避難計画

草津市長 様 年 月 日作成

市原本・町内会
・民生委員用

私は、草津市避難行動要支援者避難支援プランに基づく避難行動要支援者登録制度の趣旨に賛同し、同制度に登録することを希望します。また、私が届けた下記の個人情報をも市が、避難支援者、町内会組織（自主防災組織等）、民生委員児童委員、社会福祉協議会、消防署、警察署に提供することを承諾します。

町内会・民生委員用は、ここに健康福祉政策課受付印のあるもののみ有効

【避難行動要支援者】※ 太枠 ☐ は必須記載事項になります

(ふりがな) 本人氏名		性 別	(ふりがな) 代理人氏名		続 柄
		男・女・ 回答しない			
住 所				生年月日	年 月 日
				世帯構成 (本人含む)	人 (配偶者・父・母・子・孫・他)
加入町内会					
電話番号等	自 宅			携 帯	
	FAX			メー ル	

要支援者区分(該当する項目を○で囲んでください。)

- ① ひとり暮らし高齢者(75歳以上)
- ② 高齢者のみ世帯(75歳以上)
- ③ 要介護認定者
- ④ 障害者()
- ⑤ 難病患者
- ⑥ その他()

受けたい支援の内容(該当する項目を○で囲んでください。)

- ① 安否確認のみで良い。(災害時の情報伝達を含む。)
- ② 避難場所まで付き添ってほしい。
- ③ 避難場所まで搬送してほしい。
- ④ その他()

避難時や避難生活での留意事項(特にこれだけは知ってほしいという内容について該当する項目を○で囲んでください。)

- ① 歩行が困難で車椅子が必要です。
- ② 認知症の症状があります。
- ③ 手話通訳が必要です。
- ④ その他()

【緊急時の連絡先・避難する場所等】※ 緊急時の連絡先となるので可能な限り記載ください。

	氏 名	続 柄	住 所	電話番号(自宅・携帯)	
家 族 等 の 連 絡 先				自宅	携 帯
				自宅	携 帯
避 難 支 援 者				自宅	携 帯
				自宅	携 帯
避 難 支 援 組 織	組織名()				
かかりつけ医	医療機関()		担当医()	電話番号()	
避難する場所					

*避難支援者・避難支援組織は、ボランティア精神に基づき支援されるもので、支援者の被災などにより必ず支援されるとは限りません。避難支援は、地域での助け合いの制度ですが、普段の生活から地域と交流を持ち、合わせて家具の転倒防止や安全な住まいづくりなどご自身での備えがとても大切です。

*この台帳に記載された情報は、災害発生時に地域の避難支援により生命の安全を図るものであり、複写することや、目的外の利用、他に情報を流したりすることを禁止します。

*避難支援者に変更があった場合は市健康福祉政策課までご連絡ください。

*居住地を変更されると登録情報が抹消されます。再度新住所地で登録申請をしてください。

事務欄

担当民生委員		備 考	
--------	--	-----	--