

支援区分No.	
---------	--

仙北市避難行動要支援者名簿の提供に係る同意書兼個別避難計画

※ 太線枠の記入をお願いします

氏名		性別		生年月日	
住所 又は 居所	〒			電話	() -

【 1 】 避難支援の必要度 1から4のどれか1つに必ず○を付けてください。


1	自力で避難できる	}	⇒	名簿には登録されません。 記入はここで終了となります。
2	家族だけで避難できる			
3	施設入所・長期入院等で自宅にいない			
4	自力または家族だけでは避難できない (家族以外の支援が必要である)	}	⇒	【 2 】 情報提供に係る同意書の 記入へお進みください。


【 2 】 情報提供等に係る同意書 1、2のどちらかに必ず○を付けてください。

・ 私は、災害時における避難支援や安否の確認のため、避難支援等関係者（※1）に対し、名簿及び個別避難計画を提供することに同意します。

・ 私は、この同意によって、災害時の避難行動の支援が必ずなされることを保証するものではなく、また、避難支援者等は法的な責任や義務を負うものでないことを了承します。

以上を理解した上で、私は避難行動要支援者として登録されることに、

1 同意します  裏面へ記入してください。

2 同意しません  名簿には登録されませんが、災害時の安否確認のため、裏面への記入にご協力ください。

年 月 日 氏名 _____

代理記入の場合 代理人氏名 _____ 本人とのご関係 ()
代理人連絡先 (- -)

※1 消防本部・消防署、警察署、民生委員、市社会福祉協議会、自主防災組織、避難支援等の実施に携わる関係者等

【 裏面をご覧ください 】

※ ここから先は書ける範囲でお書きください

【 3 】 避難の時に必要な配慮など あてはまるすべての数字に○を付けてください。

避難支援が必要な理由	1 立つことや歩行ができない 3 物が見えない（見えにくい） 5 危険なことを判断できない 7 夜間は家族の支援を受けられるが 日中は支援を受けられない	2 音が聞こえない（聞き取りにくい） 4 言葉や文字の理解が難しい 6 顔を見ても知人や家族と分からない 8 日中は家族の支援を受けられるが 夜間は支援を受けられない
避難の時に必要なもの 又は 気にかけてほしいこと	1 つえ、手押し車 2 車いす 3 携帯酸素ボンベ 4 その他（例）毎日インシュリン注射が必要、携行薬の〇〇が必要 など	

【 4 】 住まいや同居の状況等 あてはまる数字に○を付けてください。

普段いる部屋	_____階の 1 居間 2 寝室 3 その他（ ）		
家族構成	家族全員で _____人 （うち自力避難が困難な方 _____人）		
かかりつけ医療機関		電 話	（ ） -
福祉サービスの利用状況	居宅支援事業所・ 相談支援事業所	電 話	（ ） -
	利用しているサービス	1 ホームヘルパー 2 デイサービス 3 訪問看護 4 ショートステイ 5 その他（ ）	

【 5 】 緊急時の家族等の連絡先 ※ 登録や情報提供について、承諾を得たうえでお書きください。

氏 名	続 柄	同 居	住 所 ※ 同居の場合は不要	電話番号
		有・無		（ ） -
		有・無		（ ） -

【 6 】 災害時の避難支援者（見つからない場合は空欄としてください）

氏 名	あなたとの関係	住 所 ※ 同居の場合は不要	電話番号
	1 同居家族 2 近所の親族や知人 3 その他		（ ） -
	1 同居家族 2 近所の親族や知人 3 その他		（ ） -

※ 登録や情報提供について、承諾を得たうえでお書きください。

※ 両面の記入内容を確認して同封の封筒で返送してください