様式第１号(第５条関係)

年度調査分

みまもり台帳　申請書

（避難行動支援者登録（変更）申請書・個別避難計画）

同意書

私は、次の事項を確認し、避難行動要支援者名簿への登録及び個別避難計画の作成に同意します。また、災害時の安否確認、避難誘導及び災害時に備えた平常時の見守り活動等のため、私に関する個人情報について、避難支援等関係者に提供することに同意します。

1　避難を支援する人(様式中の５に記載する人）や避難支援等関係者（民生委員、市社会福祉協議会、地域団体等）は、自身の安全が前提であるため、名簿等の登録により、災害時の避難支援等が必ずされることを保証するものではなく、避難支援者等は法的な責任や義務を負うものではありません。

2　避難を支援する人に、本書に記載することついて同意を得ています。

令和　　年　　月　　日　　申請者

保護者又は代理人氏名

以下に当てはまる場合は、□に✓してください。身近な地域への情報提供を行わないことによって、災害時や緊急時の支援が円滑になされない場合があります。

□　私は、避難支援等関係者の内、「自主防災組織」及び「まちづくり協議会・自治会連合会・区・区会」への提供は　**希望しません。**

1　対象者

ふりがな			性別	血液型	生年月日
氏名					年　　月　　日
住所	〒				
電話番号		携帯電話		メール アドレス	
障害者手帳	□身障【　　種　　級】　□知的【　　判定】　□精神【　　級】　□申請中				
介護認定	□非該当　　□要支援〈　　〉　□要介護〈　　〉　□申請中				
通っている 福祉事業所			よく利用する 短期入所事業所		
担当ケアマネジャー 相談支援専門員			担当民生委員		
世帯構成	□親か子と同居　□高齢者のみ（1人暮らし）　□高齢者のみ（２人暮らし） □障がい者のみ　□高齢者と障がい者のいる世帯　□高齢者と障がい者のみの世帯				

2　現在治療中の病気

□無　　□有　（主な病名：　　かかりつけ医の病院名：　　）

3　避難場所

在宅避難（家が無事な場合）	自宅以外の避難場所①	自宅以外の避難場所②
□　する　□　しない		
避難場所①（前回）	避難場所②（前回）	避難場所③（前回）

4　緊急連絡先・家族等の状況

①氏名		続柄	
前回		前回	
住所			
前回			
電話番号		携帯	
前回		前回	
②氏名		続柄	
前回		前回	
住所			
前回			
電話番号		携帯	
前回		前回	

外出頻度	□週1回　□週2、3回　□毎日
家族等との交流頻度	□週1回　□週2、3回　□毎日

→←前回と変更がない場合は記入不要→←

5　身近な支援者
（近所・地域で助けを借りられる人）

①氏名		続柄	
前回		前回	
住所			
前回			
電話番号		携帯	
前回		前回	
②氏名		続柄	
前回		前回	
住所			
前回			
電話番号		携帯	
前回		前回	

□　同居の家族及び身近な支援者がいない

6　避難支援区分

□　A　自分で移動することが難しい
（例）移動時に介助等が必要な方

□　B　自力で移動はできるが、長距離移動は難しい
（例）歩くのに杖が必要な方、避難所等まで自力で行くことが難しい方

□　C　自力で移動はできるが、声かけや誘導が必要
（例）知的障害のため情報入手や避難の判断に不安がある方

□　D　現状、不安はない
（例）同居の親族と一緒に避難ができる方、現状では心身に不安がない方

7　配慮が必要なこと・支援者に伝えたいこと

□ 自力での移動が難しい（□ 車いす使用）	□ 言葉（もしくは日本語）を理解することが難しい
□ 目が見えない（見えにくい）	□ 避難所等で集団の中で生活することが難しい
□ 音が聞こえない（聞き取りにくい）	□ 障がいや病気のために特殊な機械や物品、薬品が必要 （□　人工透析が必要）
□ 危険を察知することが難しい	

＜その他＞

8　避難経路に関すること