

〒

「長久手市みまもり台帳への 登録申請について」

**指定日

この紙は災害時に支援が必要と考えられる方にお送りしています。

毎年2月頃に更新および新規申請の案内を送付いたします。

登録の有無に関わらず、**全員返送してください。**

返送期日：令和7年2月28日 同封の茶封筒に入れて返送

1

みまもり台帳への登録を希望する、希望しないどちらかに☐を付けてください。

災害が発生したとき、自力での避難に不安はない。

↓ いいえ

施設に入所している。

↓ いいえ

申請書の記入等のため、民生委員等による聞き取り・補助が必要。

↓ いいえ

☐登録を希望する
(自分で記入)

右側②、裏面③に
回答して終了です。

↓ はい

☐登録を希望する
(記入の補助が必要)

右側の②に回答して
終了です。
後日、民生委員等が
訪問します。

はい

はい

☐登録を希望しない
理由
☐自力または家族と避難できる
☐施設に入所している
☐その他

右側の②に回答して
終了です。

2

日常のみまもりの参考にするため、下記アンケートに回答してください。(全員回答してください)

Q1. 健康状態についておたずねします。(複数可)

- ☐ 介護・介助が必要 ☐ 介護・福祉サービスを利用している
☐ 通院している ☐ 入院の予定または現在入院している
☐ 最近痩せた ☐ 認知機能の低下 ☐ 健康である

Q2. 現在の世帯状況についておたずねします。

- ☐ 夫婦2人暮らし ☐ 1人暮らし ☐ 障がい者のみ
☐ 親または子との同居 ☐ その他()

Q3. 日常生活での困りごとがありますか？(複数可)

- ☐ 困り事はない ☐ 買い物 ☐ 移動 ☐ 食事
☐ 掃除 ☐ 洗濯 ☐ 入浴 ☐ 金銭管理 ☐ 服薬
☐ その他()

Q4. 日頃からあなたの安否を(健康状態や暮らしぶり)を定期的に確認してくれる方はいいますか？(複数可)

- ☐ 同居の家族 ☐ 別居の親族 ☐ 近隣住民
☐ 友人 ☐ そのような人はいない

Q5. Q4の方はどのくらいの頻度で確認してくれますか？

- ☐ 月に1回 ☐ 2週に1回 ☐ 週に1回 ☐ ほぼ毎日

※左側①で「登録を希望する(自分で記入)」に☒した人
のみ裏面③に回答してください。

【問合せ】長久手市役所福祉部福祉政策課(福祉相談係)
電話0561-56-0639 FAX0561-63-2940

3

みまもり台帳 申請書
(避難行動要支援者登録(変更)申請書・個別避難計画)

同意書

私は、避難行動要支援者名簿への登録およ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、避難誘導およ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。

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」および「まちづくり協議会・自治会連合会・区・区会・自治会」への提供は 希望しません。

作成に協力した人

1 対象者

ふりがな	**カナ名	性別	血液型	生年月日
氏名				年 月 日
住所	〒			
電話番号		携帯電話		
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		
	自宅以外の避難場所①(前回)	自宅以外の避難場所②(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			
携帯		電話番号	
前回		前回	
②氏名		続柄	
前回		前回	
住所			
前回			
携帯		電話番号	
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		

5 身近な支援者 ※記入する人の同意を得てください。
(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			
携帯		電話番号	
前回		前回	
②氏名		続柄	
前回		前回	
住所			
前回			
携帯		電話番号	
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

--