

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)

記入見本

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 8年 2月●●日

申請者

長久手 ひかる

保護者又は代理人氏名

以下に当てはまる場合は、必ず日付と登録する人の名前を署名してください。

☐ 私は、避難行動要支援者登録(変更)申請書・個別避難計画を作成に協力した人

みまもり台帳の登録を希望する人は、必ず日付と登録する人の名前を署名してください。

※登録する本人が自筆することができない場合や同意についての判断が困難な場合は、日付、登録する人の名前と代筆者の名前を記載してください。

作成に協力した人 長久手 太郎(長男)

1 対象者

ふりがな	ながくて ひかる	性別		血液型		生年月日	
氏名	長久手 ひかる		男		A	昭和20 年 10 月 1日	
住所	〒480-1196 長久手市岩作城の内60番地1						
電話番号	0561-XX-XXXX		携帯電話	090-XXXX-XXXX			
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 身障【 種 級】 <input type="checkbox"/> 知的【 判定】 <input type="checkbox"/> 精神【 級】 <input type="checkbox"/> 申請中						
介護認定	<input type="checkbox"/> 非該当 <input checked="" type="checkbox"/> 要支援〈 2 〉 <input type="checkbox"/> 要介護〈 〉 <input type="checkbox"/> 申請中						
通っている福祉事業所	〇〇〇〇(事業所名) (0561-XX-XXXX)		よく利用する短期入所事業所	〇〇〇〇(事業所名) (0561-XX-XXXX)			
担当ケアマネジャー 相談支援専門員	〇〇 〇〇(氏名) (〇〇〇〇(事業所名))		担当民生委員	大草 和子			
世帯構成	<input type="checkbox"/> 親か子と同居 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者のみ(1人暮らし) <input type="checkbox"/> 高齢者のみ(2人暮らし) <input type="checkbox"/> 障がい者のみ <input type="checkbox"/> 高齢者と障がい者のいる世帯 <input type="checkbox"/> 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: 関節リウマチ)

かかりつけ医の病院名:

〇〇病院

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 ※
<input checked="" type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	〇〇小学校	長久手 太郎(長男) (名古屋市名東区)
	自宅以外の避難場所①(前回)	自宅以外の避難場所②(前回)
	〇〇	〇〇

※前回と変更がない

避難する可能性が高い順に記載してください。

市指定の避難場所だけでなく、親戚や知人宅への避難も検討してください。

4 緊急連絡先・家族等の状況

①氏名		続柄	
前回	長久手 太郎	前回	長男
住所	名古屋市名東区〇〇5丁目		
前回	名古屋市中区〇〇2丁目6		
携帯		電話番号	
前回	080-XXXX-XXXX	前回	0561-XX-XXXX
②氏名		続柄	
前回	長久手 花子	前回	三女
住所			
前回			
外出頻度	<input checked="" type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> 週2、3回 <input type="checkbox"/> 毎日		
家族等との交流頻度	<input type="checkbox"/> 週1回 <input checked="" type="checkbox"/> 週2、3回 <input type="checkbox"/> 毎日		

前回欄に記載している人を対象外とする場合は、取り消し線を引いてください。

↓↑前回と変更がない場合は記入不要↓↑

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	三重 あきら	続柄	友人
前回	愛知 みどり	前回	隣人
住所	長久手市岩作早稲田〇〇番地		
前回	長久手市岩作城の内〇〇番地		
携帯	090-XXXX-XXXX	電話番号	
前回	080-XXXX-XXXX	前回	
②氏名		続柄	
前回		前回	
外出頻度	<input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> 週2、3回 <input type="checkbox"/> 毎日		
家族等との交流頻度	<input type="checkbox"/> 週1回 <input checked="" type="checkbox"/> 週2、3回 <input type="checkbox"/> 毎日		

災害時に支援を受けることができる可能性のある身近な人を記載しましょう。 ※事前に、必ず同意を取ってから記載してください。

☐ 同居の家族及び身近な支援者がいない

6 避難支援区分

<input type="checkbox"/> 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
<input checked="" type="checkbox"/> B 自力で移動はできるが、長距離移動が難しい (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
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 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

A～Dのどれか1つにチェック(✓)を入れてください。

7 配慮が必要なこと・支援者に伝えたいこと

<input type="checkbox"/> 自力での移動が難しい(□ 車いす使用)	<input type="checkbox"/> 言葉(もしくは日本語)を理解することが難しい
<input type="checkbox"/> 目が見えない(見えにくい)	<input type="checkbox"/> 避難所等で集団の中で生活することが難しい
<input checked="" type="checkbox"/> 音が聞こえない(聞き取りにくい)	<input type="checkbox"/> 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)
<input type="checkbox"/> 危険を察知することが難しい	
<その他>	

支援者に伝えておきたいことを記載しましょう。
例)午前〇時～午後〇時まではデイサービスに通っている。

8 避難経路に関すること

・避難先として考えている●●小学校へ行く途中には坂があるため、〇〇公園沿いの道から避難する。
・避難先として考えている長男宅への移動手段が確保できるか不安。