

(あて先)塩尻市長

【避難支援等関係者への情報提供に関する同意】

私は、「塩尻市避難行動要支援者名簿」への登録を申請します。つきましては、発災時の安否確認や避難支援、平時の見守り等に活用するため、この登録届に記載した情報を、避難支援等関係者(※)へ提供することに同意します。また、災害の規模・状況等によっては支援者も被災するため、登録によって支援が必ず保証されるものではないことを了承します。

(※)自主防災組織(自治会)、民生児童委員、市社会福祉協議会、消防機関、警察等

令和 年 月 日 署名欄(氏名):

フリガナ		性別	生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日	生
氏名		男 ・ 女						
住所	塩尻市			電話(自宅)				
				電話(携帯)				

登録事由	○該当する項目に☑をしてください。(複数選択可)		
	介護	☐ 要介護認定あり	
	障がい	☐ 身体障害者手帳あり ☐ 精神障害者保健福祉手帳あり ☐ 療育手帳あり	
	疾病	☐ 指定難病あり ☐ その他()	
	暮らし	☐ 高齢者ひとり世帯 ☐ 高齢者のみ世帯	

緊急連絡先	フリガナ	続 柄	住 所	電話(自宅・携帯)
	氏 名			

わたしの避難計画

○配慮が必要な状況 ※支援を円滑にするため、あてはまる項目を☑してください。(複数選択可)

移動	☐ 寝たきり ☐ 車いすを使用 ☐ 歩行器・杖を使用 ☐ ひとりで外出ができない
視覚・聴覚	☐ ものが見えにくい ☐ ものが見えない ☐ 音が聞こえにくい ☐ 音が聞こえない
理解・判断	☐ 危険性の判断が難しい ☐ 言葉や文字の理解が難しい
医療的ケア	☐ 人工呼吸器 ☐ 酸素療法 ☐ 人工透析 ☐ その他医療的ケア()

【その他の状況(自由記載)】

○日中の定期的な居場所 ※通所先や勤務先等、定期的に過ごす場所があれば記入してください。(例：月・木曜日 9:30-16:00 デイサービス○○)

○避難する場所（指定避難所・親戚・知人宅等） ※安全な避難経路を事前に確認しておきましょう	○担当のケアマネジャー・支援機関等(あれば) (例：居宅介護支援事業所○○・相談支援事業所△△・□部地域包括支援センター等)
	事業所名 電話

○避難支援者(近隣住民・知人・別居のご家族等)
災害時に、避難の呼びかけや手助けをお願いできる方がいれば記入してください。(必ず、事前にその方の了解を得てください。)

氏 名	関係性	電話番号	支援をお願いする内容
			☐ 避難の呼びかけ(電話連絡も含む) ☐ 一緒に避難する ☐ その他()
			☐ 避難の呼びかけ(電話連絡も含む) ☐ 一緒に避難する ☐ その他()

代筆者欄	上記本人は身体 の状況等により自筆ができないため、本人の意思を確認のうえ代筆しました。 令和 年 月 日 署名欄(氏名): (続柄:) 電話番号
------	--

職員記入欄	識別コード	行政区・組	入力日	入力者	チェック