

## 避難支援情報登録書兼情報提供同意書（個別計画）

年 月 日

桶川市長

登録者本人代理人 登録者との関係：

申請者 住 所

氏 名 (印)

電話番号

災害時の支援が必要となるため、次の事項に同意の上、桶川市避難行動要支援者登録制度実施要綱第11条第1項に基づき、提出します。

## 【同意事項】

- 届出情報及び市の保有する情報を要支援者名簿作成のために活用すること。
- 上記情報を支援等関係者及び避難支援者に避難支援等の実施に必要な限度で提供すること。

- 同意者は、情報提供に同意することで、災害時に支援が受けられる可能性が高まります。ただし、支援者自身やその御家族の身の安全が前提のため、必ず支援が受けられると保証するものではなく、支援等関係者及び避難支援者には法的な責任や義務はありません。
- 登録内容に変更が生じた場合は、速やかに届け出てください。

登録者	申請区分	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更	
ふりがな	おけがわ たろう	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日（△△歳）
氏 名	桶 川 太 郎	性 別	<input checked="" type="radio"/> 男・女 血液型 <input type="radio"/> 〇型
住 所	桶川市泉〇丁目〇番〇号	事務区（自治会）名	泉〇丁目
自宅電話番号	048-〇〇〇-〇〇〇〇	携帯電話番号	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇
FAX番号	048-△△△-△△△	メールアドレス	abcd@efghijkl.ne.jp
避難支援などが 必要な理由 (あてはまるところに <input checked="" type="checkbox"/> と〇)	<input type="checkbox"/> 介護保険の認定を受けている。→（要介護区分 3・4・5） <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1級又は2級（総合等級）の第1種を所持する身体障害者 <input type="checkbox"/> 療育手帳OA又はAを所持する知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳1級又は2級を所持する者で単身世帯の者 <input type="checkbox"/> 市の生活支援を受けている難病患者 <input checked="" type="checkbox"/> その他（例：介護認定は受けていないが、一人暮らしで不安である。） ( )		

登録者の既往歴やアレルギー、常用薬等						
世帯の状況		氏名		続柄		
		桶川 太郎		世帯主		
緊急時の家族等の連絡先		桶川 花子		住所		
		氏名	続柄 ( 娘 )		電話番号	
					080-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
			住所			
続柄 ( )			電話番号			
避難支援者情報		<p>「避難支援者」(同居の家族を除く。)とは、緊急時にあなたの避難を可能な範囲で手助けしてくれる人を言います。記入に当たっては、あらかじめその人の同意を得てください。</p> <p>なお、「避難支援者」自身が被災したり、不在の場合もあるため、必ず支援を行うことを保証するものではありません。</p> <p>※ 後日、支援者が挨拶のため訪問する場合があります。</p>				
①	ふりがな		おけがわ じろう		②	
	氏名(団体名)		桶川 二郎			
	住所		桶川市泉〇丁目〇番〇号			
	連絡先		090-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
②		ふりがな				
		氏名(団体名)				
		住所				
		連絡先				
予定避難場所		〇〇〇小学校校庭				
避難場所等情報 ・住宅への経路図 ・普段いる部屋 ・寝室の場所 ・支援を受ける際に特に伝えたい事項について御記入ください。		<p>・寝室は家の入口をいってすぐの左手にあり、普段は主に寝室にいます。</p>				