

# 笠松町避難行動要支援者登録届出書

年 月 日

(届出先) 笠松町長

笠松町では、災害時に避難支援を要するとして個人情報の提供に同意された方の名簿を避難支援等関係者（自主防災会、民生児童委員、社会福祉協議会、消防団、消防署及び警察署）へ提供しています。

避難行動要支援者（届出者）	ふりがな		生年月日	年 月 日	
	氏名		(年齢)	( 歳)	
	住所	〒 笠松町		性別 男・女	
	電話番号		FAX電話		
	携帯電話番号		メールアドレス		
	以下の該当するもの全てに✓を、かっこ内の該当する部分に○をしてください。				
	<input type="checkbox"/>	65歳以上高齢者のみ世帯 (ひとり暮らし・それ以外)	<input type="checkbox"/>	身体障害者手帳所持(1級・2級)	
	<input type="checkbox"/>	要介護認定者(3・4・5)	<input type="checkbox"/>	療育手帳所持(A・A1・A2)	
	<input type="checkbox"/>	認知症高齢者	<input type="checkbox"/>	精神障害者保健福祉手帳所持(1級)	
	<input type="checkbox"/>	難病者・難病児			
居住状況	<input type="checkbox"/> 自宅に居住 → 引き続き記入をお願いいたします。 <input type="checkbox"/> 施設に入所中 } 名簿の対象外になります。回答はこれで終了です。 <input type="checkbox"/> 長期入院				

●あなたは、名簿登録の候補者となりましたので、名簿への登録について、下記のいずれか1つに✓をつけてください。

災害が発生して避難しなければならないとき、家族以外の助けが必要ですか？

- 必要ありません。(避難行動要支援者名簿への登録を希望(同意)しません。)  
→ 記入はこれで終了です。
- 必要です。(避難行動要支援者名簿への登録を希望(同意)します。)

※必要とする場合の例

- ・立つこと、歩くことがむずかしい。
- ・音が聞こえない、聞き取りにくい。
- ・目が見えない、見えにくい。
- ・言葉や文字を理解できない、むずかしい。
- ・危険が迫っていること、避難しなければならないことが自分で判断できない。

→ 引き続きウラ面の記入をお願いします。

※ 代筆の場合は以下に御記入ください。

代筆者	ふりがな氏名	続柄	電話番号
-----	--------	----	------

※ 避難支援時に必要となる情報について、提供可能な範囲で以下に御記入ください。

緊急連絡先	ふりがな		関 係	
	氏 名			
	住 所	〒	電 話 番 号	

家屋・住居情報	住宅状況	<input type="checkbox"/> 自家 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 間借 <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	構 造	<input type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> その他 ( )	建 築 時 期	
	階 数	<input type="checkbox"/> 平屋 <input type="checkbox"/> 2階 <input type="checkbox"/> 3階以上	耐 震 診 断	<input type="checkbox"/> 実施済み <input type="checkbox"/> 未実施
	普段いる部屋		警 備 会 社	

避難支援者①	ふりがな		関 係	
	氏 名			
	住 所	〒	電 話 番 号	

避難支援者②	ふりがな		関 係	
	氏 名			
	住 所	〒	電 話 番 号	

医療機関	病 院 名		疾 患	
	主 治 医		服 用 薬	

特記事項	以下の該当する項目に✓をしてください。		
	<input type="checkbox"/> 移動支援が必要	<input type="checkbox"/> 在宅酸素を使用している	
	<input type="checkbox"/> (ほぼ)寝たきりである	<input type="checkbox"/> 人工透析療法を行っている	
	<input type="checkbox"/> 車椅子・手押し車等を使用している	<input type="checkbox"/> 目が(ほとんど)見えない	
<input type="checkbox"/> 認知症症状がある	<input type="checkbox"/> 耳が(ほとんど)聞こえない		
<input type="checkbox"/> 人工呼吸器を使用している			
自力で避難できない理由や避難時に必要とする支援の内容等を記入してください。			
(例) 自走できないため、車椅子を押してくれる方が必要。 耳が聞こえないため、防災行政無線放送が聞こえない。等			

**災害は、いつ、どのような形で起きるか予測困難であるため、  
早急に安否確認等ができない場合があることを御理解ください。**