**武豊町避難行動要支援者名簿情報の登録申請書**

|  |
| --- |
| 武豊町長　様私は、避難行動要支援者名簿への登録を希望するため、町が必要な公簿等の確認を行うことに同意します。町が私の状況を確認した結果、要件に該当しないとして、登録されない場合があることを了承します。　避難行動要支援者名簿に登録された場合、下記の情報が平常時から区（自主防災会）、民生児童委員、消防署等に提供されることに同意します。個人情報の提供に同意することで、災害時に安否確認、避難支援を受ける可能性が高まりますが、避難支援を行う関係者自身の安全が前提のため、同意によって避難支援が必ず保証されるものではないことを理解しました。　　年　　月　　日　　氏　名　　　　　　　　　　　　㊞※代理人による意思表示の場合、代理人氏名　　　　 　　　　 続柄（ ） |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ氏　　名 |  | 生年月日 | 大・昭平・令 | 年　　月 　 日 |
| 登録事由 |  |
| 住　所 | 武豊町　　字 | 性別 |  |
| 長期入院や入所などをしている場合（　施設名　　　　　　　　 　） |
| 区への加入 | （　）加入している（　 　 　区 ）（　）加入していない（　）加入希望　→各区から連絡させていただきます |
| 電話番号 | ―　　　 　　―　　　　　　（自宅・携帯・勤務先等） |
| 家族等の緊急連絡先 | 氏名 |  | 続柄 |  |
| 電話 | （自宅・携帯・勤務先等） |
| 住所 |  |

あなたの地域支援者として、普段の見守りや災害時に避難の手助けをしてくれる人を、了解を得てご記入ください

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ① | 住所 |  | 電話 |  |
| 氏名 |  | 続柄 |  |
| ② | 住所 |  | 電話 |  |
| 氏名 |  | 続柄 |  |
| 特別 | 事業所等 |  | 担当 |  |

裏面もご記入ください

※　災害時の対応に必要な事項ですので、正確に記載してください

特記事項について、該当するものがあれば番号へ○をつけてください。

１　常用している薬があります。（分かれば効能も書いてください。）

（薬名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

２　携帯している薬があります。（分かれば効能も書いてください。）

（薬名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

３　目が悪いため、音声で呼びかけをしてほしいです。

４　耳が聞こえないため、筆談や手話などにより呼びかけをしてほしいです。

５　耳の聞こえが良くないので、大きな声で呼びかけてほしいです。

６　歩きに問題はありませんが避難所まで付き添いが必要です。

７　移動に、介助が必要です。

（　杖歩行・車椅子・担架・その他　）

８　人工透析（血液透析、腹膜透析など）を行っています。

９　医療機器の携帯が必要です。

酸素ボンベ　・　酸素濃縮器　・　人工呼吸器　・　電気　・　バッテリー

アンビューバック　・吸入器（ネブライザー）・吸引器　・　その他

10　ペースメーカー等を使用しているため、携帯電話の利用に配慮が必要です。

11　排泄に配慮が必要です。

（ オムツ・尿カテーテル・ストマケア用品・ポータブルトイレ・尿器・便器 ）

12　食事に対して配慮が必要です。

（ 軟食・流動食・経管栄養・胃瘻（いろう）・中心静脈栄養・その他 ）

13　理解することが苦手なので、わかりやすい言葉で話してほしいです。

14　じっとしていることが苦手なので、配慮が必要です。

15　こだわりが強いので、配慮が必要です。

16　認知症なので、配慮が必要です。

17　精神障がい（精神の不安定、幻聴・幻覚など）に対する配慮が必要です。

18　大声を出したり、他害・自傷のおそれがあるので、配慮が必要です。

|  |
| --- |
| １　かかりつけの病院はどこですか？　（病院名）　　　　　　　　　　　　　　（診療科名）　　　　　　　　　　　　　２　介護保険・障がい等の通所サービスに行っていますか？　（曜　日）　　　　　　　　　　　　　　（施 設 名）　　　　　　　　　　　　　 |