

部外秘 災害時避難行動要支援者名簿登録申請書兼聞き取り票（防災カード）

【災害時避難行動要支援者名簿登録申請書兼聞き取り票（防災カード）の趣旨】

災害発生時に、避難行動要支援者の情報伝達・安否確認・救出救護・避難誘導が地域の助け合いのもと、円滑に進むように、自主防災会、自治会及び民生委員・児童委員の避難支援関係者があらかじめ把握するものです。この情報は、災害発生時の救援支援活動に利用します。

（提出先）川島町長

私は、災害時避難行動要支援者制度の趣旨に賛同し、下記の情報を自主防災会、自治会及び民生委員・児童委員の避難支援関係者へ提供することに同意いたします。

（記入日） 令和 年 月 日

氏 名 _____

【代理署名】

（本人が署名できない場合）

ふりがな 氏 名		続 柄	
住 所		電話番号	

○要支援者情報（行政区： _____ ）

ふりがな		性 別	
要支援者氏名		生年月日	
住 所	川島町	電話等	自宅
			携帯
		F A X	
避難支援等を必要とする理由 （該当箇所に <input checked="" type="checkbox"/> してください。）	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1～3級の第1種（肢体・視覚・聴覚障害）を所持している方 <input type="checkbox"/> 療育手帳④・Aを所持している方 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳1級を所持している単身世帯の方 <input type="checkbox"/> 介護保険における要介護認定3～5を受けている方 <input type="checkbox"/> 町の生活支援を受けている難病患者の方 <input type="checkbox"/> その他災害時の支援の必要がある方（必要な理由： _____ ）		
家族構成・同居の状況等	氏名	生年月日	続柄

○緊急時の連絡先

ふりがな		関係 ()	住所	電話等	自宅
氏 名					勤務先
					携帯
ふりがな		関係 ()	住所	電話等	自宅
氏 名					勤務先
					携帯

裏面に続きます

○特記事項（かかりつけ医、主な疾患、服用しているお薬等）

かかりつけ医	その他必要な情報
主な疾患	
服用しているお薬	

○災害が発生したとき、どのような支援が必要ですか

- 情報入手に係る支援：声かけが必要
 避難行動に係る支援：避難所（場所）まで介助が必要
 その他必要な支援（具体的に記入ください）

○支援に際して、特に配慮が必要なことはありますか（具体的に記入ください）

○避難所（場所）等情報

洪水時の避難方法	避難先 ①. ②. ③.
地震時の避難方法	避難先 ①. ②. ③.

※避難支援者記入欄

年 月 日	聞き取り、支援方法等記録 (聞き取り内容、支援方法等を記入)	避難支援者 (氏名・住所・連絡先等)
備 考（不在時の目印、避難済みの目印、連絡が取れないときの対応方法等）		

ご不明な点は、総務課防災対策室（049-299-1753）までご連絡ください。