

東松山市避難行動要支援者名簿提供同意書

東松山市長 宛て

1. 私は、災害対策基本法に基づき、東松山市が作成する避難行動要支援者名簿を、平常時から避難支援等関係者（自治会、自主防災組織、民生委員、社会福祉協議会、地域福祉コーディネーター、警察署・消防署、その他の避難支援等の実施に携わる関係者）へ提供することに同意します。
2. 私は、避難支援等関係者が行う避難支援は、可能な範囲で行うもので、必ず避難支援が受けられることを保障したり、法的な義務および責任を負うものではないことについて了承します。
3. 私は、個別避難計画を作成・更新すること及び避難支援等関係者に提供することに同意します。

以上を理解した上で、私は避難行動要支援者として登録することについて、
(いずれかにをつけてください)

同意します。 → 個別避難計画作成調書の記入にご協力ください。

同意しません。 → 平常時には名簿情報を提供しませんが、災害時の安否確認等のため、個別避難計画作成調書の記入にご協力ください。

令和〇年〇月〇日

住所 東松山市 松葉町〇-〇-〇〇

氏名 松山 太郎

連絡先 電話 22-〇〇〇〇 FAX 22-△△△△

(登録者本人が「自署できない」場合は、代理人が記入してください。)

(代理人) 氏名

(本人との関係)

避難行動要支援者個別避難計画作成調書

記入例

住所 〒355-0000
東松山市 松葉町0-0-00

フリガナ マツヤマ タロウ (登録者本人が自署できない場合は代理人が記入してください)
登録者氏名 松山 太郎 代理人氏名

1 避難支援の必要度	<input type="checkbox"/> ① 家族の支援だけで避難できる
	<input checked="" type="checkbox"/> ② 地域の助け合いがあれば避難できる
	<input type="checkbox"/> ③ 全面的な支援がないと避難できない

避難する際に、どの程度の支援が必要か☑をつけてください。

2 本人連絡先	電話番号：22-0000 携帯電話：090-1234-0000 FAX：22-△△△△
	メールアドレス：0000@△△△△.jp

3 同居者	<input checked="" type="checkbox"/> 有	氏名 松山 花子 続柄 妻	<input type="checkbox"/> 無
		氏名 続柄	

4 緊急連絡先	フリガナ	マツヤマ イチロウ	登録者との関係	配偶者・ 子 ・兄弟姉妹	
	氏名	松山 一郎		・その他()	
	住所	東松山市松葉町△-00-00	電話番号	自宅	23-□□□□
				携帯	090-1234-□□□□
	フリガナ	緊急連絡先はできるだけ、2名分記載してください。	登録者との関係	配偶者・ 子 ・兄弟姉妹	
	氏名			・その他()	
住所	東松山市松葉町△-00-00	電話番号	自宅	23-□□□□	
			携帯	090-1234-□□□□	

5 避難支援者 ※必ず相手の同意を得てください	フリガナ	ヤマダ タロウ	登録者との関係	親族 ・隣近所	
	氏名	山田 太郎		・その他()	
	住所	東松山市松葉町△-00-00	電話番号	自宅	23-□□□□
				携帯	090-1234-□□□□
	フリガナ	災害時の避難支援者を記載します。避難支援の実効性を確保するため、できるだけ避難支援者を記載して提出してください。 ※支援者は、必ず相手の同意を得てから記載してください。	住所		
	氏名				
住所					

6 自治会名	<input checked="" type="checkbox"/> ○△自治会 <input type="checkbox"/> 未加入
--------	--

7 避難場所	○△小学校
--------	-------

8 ケアマネジャーまたは相談支援専門員	○○ケアマネジャー 連絡先 23-□□□□
---------------------	-----------------------

記入例

9 避難時に配慮しなくてはならない事項

(あてはまるものすべてに☑してください。)

- 医療機器の装着等をしている
- 立つことや歩行ができない
- 音が聞こえない（聞き取りにくい）
- 物が見えない（見えにくい）
- 言葉や文字の理解がむずかしい
- 危険なことを判断できない
- 顔を見ても知人や家族とわからない
- その他

車いすを利用

あてはまるものすべてに☑してください。
記載されている項目以外に配慮しなくてはならない事項がある場合は、その他に記載してください。
(例：車いすを利用など)

10 特記事項

持病、服薬している薬、かかりつけの病院、避難先での留意事項等があれば記入してください。

持病
〔 高血圧 〕

避難時に携行する医薬品
〔 高血圧の薬 〕

かかりつけの病院
〔 ○□病院 〕

避難先での留意事項
〔 足が不自由なため、寝る際はベッドが必要 〕

その他
〔 〕

持病、服薬している薬、かかりつけの病院、避難先での留意事項等があれば記載してください。