

坂井市避難行動要支援者名簿登録・個別避難計画作成 調査票 (兼申請書)

1. 登録継続希望調査欄 (該当する方に☑を記入してください。)

<input checked="" type="checkbox"/> 登録を希望します	
<input type="checkbox"/> 登録を希望しません 希望しない理由に☑をしてください。	
<input type="checkbox"/> 自力で避難できるため	<input type="checkbox"/> 家族の支援があつて避難できるため
<input type="checkbox"/> 施設へ入所、病院へ長期入院しているため	
<input type="checkbox"/> その他 ()	

2. 記入欄

行政区 (集落)	坂井新区 1組 (班)	民生委員 氏 名	丸岡ハルエ	TEL FAX	12-34** 56-78**
避難行動要支援者 本人の状況等					
住所 坂井市坂井町下新庄1-1				TEL	50-01**
				携帯	090-01**-**
氏名 坂井 太郎		(男)・女	生年月日	昭和12年 3月 4日	
同居家族 (続柄)	坂井 ユリ	(妻)	()	()	
	()	()	()	()	
緊急時家族等の連絡先					
①氏名 三国花子		続柄 (長女)	TEL	82-1***	
住所 坂井市三国町中央1-1			携帯	080-***-***	
②氏名 春江次郎		続柄 (弟)	TEL	51-2***	
住所 坂井市春江町随応寺17-10			携帯	090-***-***	
地域支援者 (同居家族以外の助け合う仲間) …災害時において地域支援者は責任を負うものではありません。 ※ 地域支援者は、災害など万一のときに助けにきてもらえる人がいる場合に記入してください。 また、記入される前に地域支援者になってもらう方に了解を得てください。					
① 氏名 福井 一郎		〇〇町内会	TEL	50-1***	
住所 坂井町下新庄**-*		等でもよい	携帯	080-***-***	
② 氏名 丸岡 三郎			TEL		
住所 坂井町〇〇 (近くに住む親族でもよい)			携帯		

同意書

私は、避難行動要支援者名簿に登録し、個別避難計画を作成することに同意します。また避難行動要支援者名簿に登録される情報及びこの情報をもとに作成される個別避難計画に記載の情報について、災害時はもとより日頃から地域の消防署、警察署、区長、自主防災組織、民生委員・児童委員、坂井市社会福祉協議会、福祉委員及びその他必要とみとめられるものに配備することに同意します。

令和**年**月**日

坂井市長 様

氏名 坂井 太郎

代理署名者 (本人が署名できない場合) 氏名 坂井 ユリ

避難場所	地震	自宅→集落センター	風水害	自主避難所
		その他 ()		指定避難所
				自宅→東十郷コミュニティセンター 自宅→東十郷小学校 自宅→坂井中学校
特記事項 車いすを使用している。			保健・医療・福祉サービスの受給状況 月1回三国病院通院 ヘルパー週2回、デイサービス週1回利用	
緊急通報システム (あり ・ なし)			平常時の見守り等 (要 ・ 否)	
<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳保持者 (<input checked="" type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> その他 等級 <u>2</u> 級) <input type="checkbox"/> 療育手帳保持者 (障がい程度 : A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳保持者 (等級 _____ 級) <input type="checkbox"/> 要介護認定者 (要介護度 : 要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) <input type="checkbox"/> 坂井市の生活支援を受けている難病患者 <input type="checkbox"/> その他支援を必要とする理由 ()				
【特に配慮してほしい事項】 <input checked="" type="checkbox"/> 立つことや、歩行が困難 <input type="checkbox"/> 音が聞こえない (聞き取りにくい) <input type="checkbox"/> 物が見えない (見えにくい) <input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解が難しい <input type="checkbox"/> 危険なことを判断できない <input type="checkbox"/> 医療機器の装着等をしている (人工呼吸器等) <input type="checkbox"/> その他 ()			【避難所までの移動】 <input checked="" type="checkbox"/> 自分で行ける (家族の手助けがある場合も含む) <input type="checkbox"/> 自分で行けるが、声かけしてほしい (情報入手や判断) <input type="checkbox"/> 自分で行けるが、付き添ってほしい (杖や知的障害等) <input type="checkbox"/> 自分で行けないので、手助けがほしい	
【住宅の種類】 <input checked="" type="checkbox"/> 一戸建て (2階建て) <input type="checkbox"/> 集合住宅 (居住 階)			【家の中で普段過ごす場所】 ・ 普段いる部屋 (1階 玄関側・奥側) ・ 寝室の場所 (1階 玄関側・奥側)	
【住所地の地理的特性】 坂井市洪水・土砂ハザードマップ (想定最大規模降雨版) を参考に <input checked="" type="checkbox"/> してください ・ 洪水浸水想定区域 <input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> わからない ……ハザードマップで確認を ・ 土砂災害警戒地域 <input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 非該当				
【避難経路での留意事項】 <input checked="" type="checkbox"/> 坂道や、段差等が多い <input type="checkbox"/> 避難所までの道に、冠水する道がある <input type="checkbox"/> その他 ()				
【ケアマネージャー、または障がい者相談員について】 (担当者名) (事業所名) 足羽 太郎 〇〇事業所				

【備考】

※避難支援者は可能な限りにおいて避難行動要支援者の支援を行うものであり、この登録により災害時において支援が約束されるものではありません。日頃から災害に対する十分な備えや防災訓練の参加をお願いします。

※転居・死亡等により避難行動要支援者の異動が確認された場合には、ご本人の同意なく、名簿から削除されます。また、ご本人が社会福祉施設等に長期間入所等をされたことが確認された場合も、ご本人の同意なく、名簿から削除されます。(社会福祉施設等で入所者の安全対策が行われます)