

御坊市個別避難計画登録申請書

御坊市長 様			
私は、個別避難計画登録制度の趣旨を理解し、同制度への登録を希望します。 また、下記の個人情報、災害時の避難支援や情報提供、安全確認等のため、市の関係部署、警察、消防、社会福祉協議会、民生児童委員、町内会（区）、自主防災組織等に提供されることに同意します。			
フリガナ	【必須】	生年月日	【必須】 T・S・H・R 年 月 日生
氏 名	【必須】	性 別	【必須】 男 ・ 女
※代理記載の場合 代理者の氏名		本人との 続 柄	
住所又は居所	【必須】		
電話番号	【必須】	同居家族	
避難支援を 必要とする理由	【必須】 <input type="checkbox"/> 介護保険の要介護認定3～5 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1級又は2級（視覚、聴覚、肢体） <input type="checkbox"/> 療育手帳A1又はA2 により自力で避難することが困難なため <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳1級 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
緊急時連絡先 （※1）	氏 名：	氏 名：	
	電話番号：	電話番号：	

◆避難に関して必要な項目に を付けてください。

避難時の 支 援	<input type="checkbox"/> 目が悪いため、音声での呼びかけが必要 <input type="checkbox"/> 耳が聞こえないため、筆談や手話が必要 <input type="checkbox"/> 難聴のため、大きな声での呼びかけが必要 <input type="checkbox"/> 移動に介助が必要（ <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> たんか ） <input type="checkbox"/> 危険なことを判断できないため、誘導が必要
避難時に必ず 持ち出す 必要があるもの	<医療機器等> <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> その他（ ）
福祉サービス 担当者等	※介護・障害等のサービスを受けられている方は、ケアマネジャー又は相談員の氏名、事業所名など 事業所名： _____ 電話番号： _____ ケアマネジャー又は相談員の氏名： _____

避難場所	【必須】地震・津波	【必須】洪水・土砂災害
<p>避難支援者 (※2)</p> <p>※自らが可能な範囲において災害時要援護者の支援を行うものであり、<u>支援について法的な義務や責任が生じるものではありません。</u></p>	<p>【必須】</p> <p>①避難支援者がいる場合</p> <p>※支援いただける個人名をご記入ください。避難支援者の氏名を記入する場合は、ご本人に了解を得た上でご記入ください。</p> <p>氏名1： _____ 電話番号1： _____</p> <p>住所1： _____</p> <p>氏名2： _____ 電話番号2： _____</p> <p>住所2： _____</p> <p>②避難支援者がいない場合（自主防災組織等団体）</p> <p>団体名： _____</p>	
<p>避難場所 までの経路</p>	<p>【必須】※避難場所までの経路をご記入ください。なお、『地震・津波の場合』と『洪水・土砂災害の場合』で避難場所が異なる場合は、いずれもご記入ください。</p>	
<p>その他 特記事項</p>		

※1、※2 緊急時の連絡先、避難支援者欄に記入される場合は、あらかじめ関係機関に情報が提供されることに同意をいただいでください。