

坂町災害時要援護者避難支援制度登録届 兼 避難支援プラン（個別計画）

平成 年 月 日

坂町長様

私は、坂町災害時要援護者避難支援制度の趣旨に賛同し、制度登録届を提出します。

私が届け出た以下の個人情報、避難支援のために、町関係部局、警察署、消防署、住民福祉協議会（自主防災会）、民生委員・児童委員、消防団、社会福祉協議会、及び私の避難支援者に提供されること、並びに坂町が保有する私に関する保健福祉情報が前述の目的のために活用されることを承諾します。

また、登録情報に変更が生じた場合は、速やかに届け出ます。

いずれかに○をつけてください。

代理人の場合

届出者の署名（本人・代理人） _____ ㊞（続柄 _____）

※代理人の場合 住所 _____ 電話番号 _____

フリガナ		性別	男・女	年齢	歳
要援護者氏名		生年月日	明・大 昭・平	年 月 日	
住所	〒 坂町				
電話番号		FAX			
避難支援該当理由 該当項目に○をつけてください。（複数回答可）	本人要件	A 75歳以上 B 要介護度 【 要介護5 ・ 要介護4 ・ 要介護3 】 C 身体障害者手帳 【 1級 ・ 2級 ・ 3級 】 【障害名 _____】 D 精神障害者保健福祉手帳 【 1級 ・ 2級 】 E 療育手帳 【 ㉠ ・ A ・ ㉢ 】 F その他 【支援が必要な理由 _____】			
	その他の要件	1 ひとり暮らし 2 同居人が75歳以上 3 その他の必要性 【 _____】			
緊急連絡先	フリガナ氏名		本人との関係		
	電話番号	自宅：	携帯：		
かかりつけ医療機関	医療機関名 (住所 _____)		医師名 電話番号 _____)		
携行が必要な物品					
避難支援上特に配慮すべき事項					

この欄には、あなたの避難支援者となることを了承された方の氏名等をご記入ください。
 ご記入できない場合は、空欄でもかまいません。

区分	フリガナ 氏名	住 所	
	(要援護者との関係)	電話番号 (自宅・携帯)	
避 難 支援者	()	自宅 :	携帯 :
	()	自宅 :	携帯 :
避 難 支援者	()	自宅 :	携帯 :
	()	自宅 :	携帯 :
避 難 支援者	()	自宅 :	携帯 :
	()	自宅 :	携帯 :
避 難 支援者	()	自宅 :	携帯 :
	()	自宅 :	携帯 :

居住建物の構造等 ・ 構造等 () 造、 () 階建て) ・ 日中主に過ごす部屋 () ・ 寝室の位置 ()
居住地区の地理的状況 (避難方法・避難経路等)

- ※ この情報は、平常時の避難訓練等と災害時の避難誘導に活用いたします。
- ※ 登録を希望される方は、この登録届にご記入のうえ、役場 環境防災課・民生課・保険健康課、横浜出張所、小屋浦出張所へ提出をお願いします。
- ※ ご記入方法等不明な点につきましては、役場 環境防災課 (TEL: 820-1506) へお問合せください。