

避難行動要支援者登録届出書兼情報提供同意書 【記入例】

稲城市長 殿

令和 7 年 3 月 1 日 以下について個人情報の提供に同意して登録します。

住所	〒206-8601 東京都稲城市東長沼2111	No.	_____
フリガナ	いなぎ たろう	届出者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外(署名: _____)
氏名	稲城 太郎		

フリガナ	自動登録	性別	自動登録	担当民生委員	自動登録
生年月日	昭和10年9月1日	電話番号	042-378-2111	避難所	自動登録
世帯の状況	自動登録	携帯電話	090-0378-2111	自治会区域	自動登録
身体上の状況	自 力 避 難 不 可 能 、 右 半 身 麻 痺 、 車 椅 子 使 用 i n a g i t a r o @ c i t y . i n a g i . n e . j p				
身体障害者手帳	自動登録				
愛の手帳	自動登録	精神障害者保健福祉手帳	自動登録	介護度	自動登録
緊急連絡先①(必須)			緊急連絡先②(任意)		
フリガナ	いなぎ はなこ	フリガナ		フリガナ	
氏名	稲城 花子	氏名		氏名	
本人との関係	母	本人との関係		本人との関係	
住所	東京都稲城市東長沼2111	住所		住所	
電話番号	042-378-2111	電話番号		電話番号	
携帯電話	090-0378-2111	携帯電話		携帯電話	
かかりつけ医療機関①(必須)			かかりつけ医療機関②(任意)		
医療機関名	稲城市立病院	医療機関名		医療機関名	
住所	東京都稲城市大丸1171	住所		住所	
電話番号	042-377-0931	電話番号		電話番号	
診療科	内科	診療科		診療科	

○届出の情報は、市役所(福祉部)、消防署、稲城市社会福祉協議会、多摩中央警察署や地域団体(民生児童委員、自主防災組織、お住まいの地域の自治会(名簿受領に同意のある団体に限る。)、地域包括支援センター)へ提供されます。

○以下の情報は福祉総合システムから自動的に登録されます(「自動登録」の欄) 身体障害者手帳、愛の手帳、精神障害者保健福祉手帳、要介護状態区分、世帯の状況、最寄の避難所(地図上での最短距離の避難所)

○災害発生時は、支援者自身に不測の事態などが発生する可能性もあります。名簿に登録した場合でも、確実な避難支援や安全を保障できるものではありません。

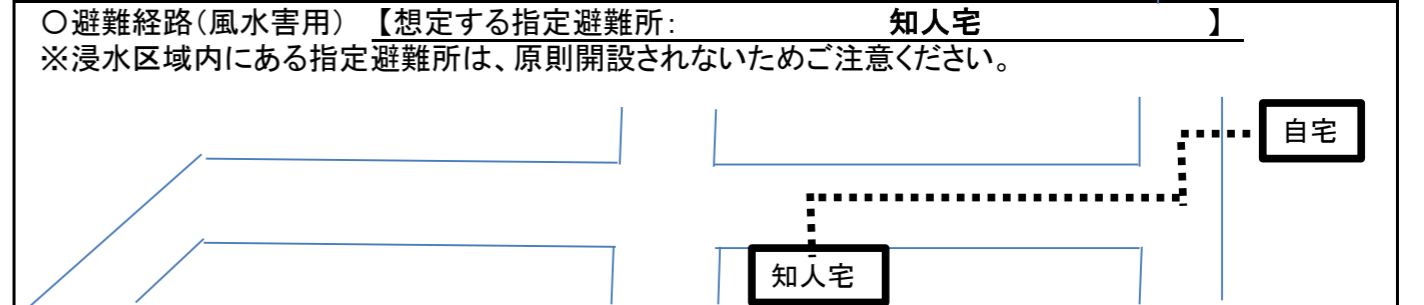
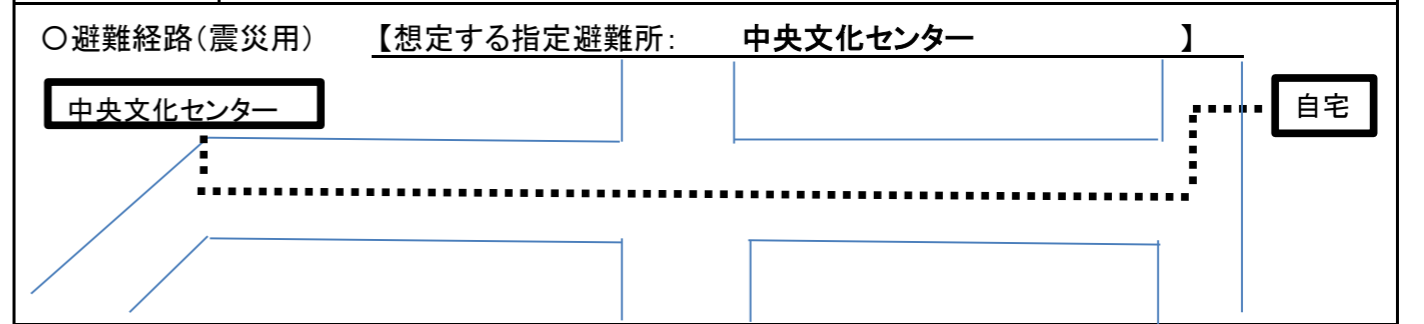
<稲城市確認欄>

課長	係長	係
窓口 ・ 郵送 ・ その他		

(No. _____ 氏名 稲城 太郎) 【記入例】 別紙

記入日:令和 7 年 3 月 1 日

お住まい	<input type="checkbox"/> 戸建て <input checked="" type="checkbox"/> 集合住宅(3階以上)→エレベーター: <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 集合住宅(2階以下) <input type="checkbox"/> その他(_____)
必要な支援	<input type="checkbox"/> 安否確認、情報提供のみ必要 <input checked="" type="checkbox"/> 避難先までの移動の支援 <input type="checkbox"/> その他(_____)
暮らしの状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input checked="" type="checkbox"/> 同居家族がいる →(<input checked="" type="checkbox"/> 家族がいても避難できない <input type="checkbox"/> 家族がいれば避難できる) <input type="checkbox"/> その他(_____)
移動の道具	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> その他(_____)
連絡手段	<input checked="" type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール→アドレス(_____)
お住まいの地域	多摩川浸水区域 : <input type="checkbox"/> 区域内 <input checked="" type="checkbox"/> 区域外 土砂災害 : <input type="checkbox"/> 特別警戒区域 <input type="checkbox"/> 警戒区域 <input checked="" type="checkbox"/> 区域外
風水害時の事前避難	<input checked="" type="checkbox"/> 事前に避難する場所がある→場所(知人宅) <input type="checkbox"/> 避難する場所がない、避難できない
福祉支援者	<input type="checkbox"/> 現在関わっている福祉支援機関がある→機関名(_____) <input checked="" type="checkbox"/> 特になし
自由記載欄	(身体上の状況記載欄で書ききれないことなど)



記載内容に変更がある場合や、施設入所等で登録が不要になった場合は、右記の変更フォームまたはお電話でご連絡ください。 稲城市生活福祉課 042-378-2111 (内線208・213)

