

### 避難行動要支援者登録届出書兼情報提供同意書

稲城市長 殿

年 月 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   | 〒 | No.  |
| フリガナ |   | 届出者 <input type="checkbox"/> 本人<br><input type="checkbox"/> 本人以外(署名: ) |
| 氏名   |   |  |

|                |      |             |                |        |      |
|----------------|------|-------------|----------------|--------|------|
| 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           |      | 電話番号        |                | 避難所    | 自動登録 |
| 世帯の状況          | 自動登録 | 携帯電話        |                | 自治会区域  | 自動登録 |
| 身体上の状況         |      |             |                |        |      |
| 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           |      | フリガナ        |                |        |      |
| 氏名             |      | 氏名          |                |        |      |
| 本人との関係         |      | 本人との関係      |                |        |      |
| 住所             |      | 住所          |                |        |      |
| 電話番号           |      | 電話番号        |                |        |      |
| 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          |      | 医療機関名       |                |        |      |
| 住所             |      | 住所          |                |        |      |
| 電話番号           |      | 電話番号        |                |        |      |
| 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<br>・<br>郵送<br>・<br>その他 |    |   |

(No. 氏名 )

別紙

記入日: 年 月 日

|  |   |
|--|---|
| お住まい   | <input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅(3階以上)→エレベーター: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし<br><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 type="checkbox"/> 避難先までの移動の支援<br><input type="checkbox"/> その他( )  |
| 暮らしの状況   | <input type="checkbox"/> 一人暮らし<br><input type="checkbox"/> 同居家族がいる<br>→( <input 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 )<br><input type="checkbox"/> その他( )                |
| 移動の道具  | <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> その他( )  |
| 連絡手段   | <input type="checkbox"/> 電話<br><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 type="checkbox"/> 区域外<br>土砂災害 : <input type="checkbox"/> 特別警戒区域 <input type="checkbox"/> 警戒区域 <input type="checkbox"/> 区域外                                |
| 風水害時の事前避難  | <input type="checkbox"/> 事前に避難する場所がある→場所( )<br><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( )<br><input type="checkbox"/> 特になし  |
| 自由記載欄  |   |
| ○避難経路(震災用) 【想定する指定避難所: _____】  |   |
| ○避難経路(風水害用) 【想定する指定避難所: _____】<br>※浸水区域内にある指定避難所は、原則開設されないためご注意ください。 |   |

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)

