

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) |

