

# 福山市避難行動要支援者 避難支援制度登録届

管理番号			

**【留意事項】**

避難行動要支援者は、避難支援等関係者への情報提供に同意することにより、避難支援等関係者から災害発生時における避難行動の際の支援を受ける可能性が高まりますが、避難支援等関係者自身や家族の安全が前提のため、同意によって、災害時の支援が必ず受けられることを保証するものではありません。また避難支援等関係者は、法的な責任や義務を負うものではありません。

福山市長様

私は、上記の内容を理解し、災害時の避難行動において支援が必要と考えますので、災害対策基本法第49条の10に基づく福山市避難行動要支援者 避難支援制度に登録します。

また、私が届け出た登録届及び避難支援プラン等の個人情報が、私への災害時の避難支援や平常時の見守りのために、福山市の関係部局及び避難支援等関係者に提供されることを承諾します。

※避難支援等関係者とは、消防組合、警察、民生委員・児童委員、社会福祉協議会、地域の自治会・町内会、自主防災組織その他の避難支援の実施に携わる関係者をいいます。

（西暦）                      年            月            日

登録者の署名 \_\_\_\_\_

代理人署名 \_\_\_\_\_

（要支援者本人）

（登録者との続柄 \_\_\_\_\_）

[該当する□に✓してください。基本は各項目1つのみに✓、(※)部のみ複数✓可能です]

ふりがな	(必須)														
要支援者名前	(必須)														
生年月日	(必須)	西暦					年				月			日生	
住 所	<input type="checkbox"/> 住民票と同じ住所に住んでいる ↳ (住所の記入不要)		<input type="checkbox"/> 住民票と違う住所に住んでいる ↓ (住所を次の欄に記入)												
	〒														福山市
電話番号															
携帯番号															
FAX番号															
メールアドレス															
避難支援 該当理由	(※) 対 象 区 分							(※) 特に配慮すべき事項							
	<input type="checkbox"/> 介護保険要介護者（要介護3以上） <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳所持者（1, 2級） <input type="checkbox"/> 療育手帳所持者（㊟, A） <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳所持者（1級） <input type="checkbox"/> その他（ <span style="border: 1px dashed black; padding: 2px;"> </span> ）							<input type="checkbox"/> 車椅子の利用 <input type="checkbox"/> 避難の誘導 <input type="checkbox"/> 避難の援助 <input type="checkbox"/> 家族への連絡 <input type="checkbox"/> その他（↓記入） <span style="border: 1px dashed black; padding: 2px;"> </span>							

裏面も記入してください。

担当 民生委員・児童委員： \_\_\_\_\_

自宅の 状況	(※) 災害の危険性 (災害が起こる可能性の高いもの) <input type="checkbox"/> 土砂災害 <input type="checkbox"/> 洪水 <input type="checkbox"/> 高潮・津波 <input type="checkbox"/> その他 ( <input type="text"/> )			
	居住建物の構造等 ・構造 <input type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> 鉄筋鉄骨造 <input type="checkbox"/> 鉄筋コンクリート造 (RC造) ・建物の階建 ( <input type="text"/> 階建て )	・日中主に過ごす位置 ( <input type="text"/> 階 )  <input type="checkbox"/> 北西 <input type="checkbox"/> 北 <input type="checkbox"/> 西 <input type="checkbox"/> 北東 <input type="checkbox"/> 南西 <input type="checkbox"/> 東 <input type="checkbox"/> 南 <input type="checkbox"/> 南東	・寝室の位置 ( <input type="text"/> 階 )  <input type="checkbox"/> 北西 <input type="checkbox"/> 北 <input type="checkbox"/> 西 <input type="checkbox"/> 北東 <input type="checkbox"/> 南西 <input type="checkbox"/> 東 <input type="checkbox"/> 南 <input type="checkbox"/> 南東	
緊急連絡先 (1) (家族等)	名前	<input type="text"/>		
	続柄	<input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> その他 ( <input type="text"/> )		
	住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>		
	電話番号	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>		
	携帯番号	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>		
緊急連絡先 (2) (家族等)	名前	<input type="text"/>		
	続柄	<input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> その他 ( <input type="text"/> )		
	住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>		
	電話番号	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>		
	携帯番号	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>		
かかりつけ 医療機関	名称	<input type="text"/>		
	住所	<input type="text"/>		
(※) 要携帯	<input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> 医療器具 (杖・車椅子など) <input type="checkbox"/> その他 ( <input type="text"/> )			
包括支援センター又は 支援事業所	名称	<input type="text"/>		
	電話番号	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>		
(※) 世帯の状況 (構成)				<input type="text"/> 人 (要支援者本人も含めた人数)
<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 姉妹 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 同居人				

- ・避難に際して必要な車椅子・薬等の物品は、登録者(要支援者)御自身で御準備ください。
- ・避難支援プラン(個別計画)を作成するため、自治会・町内会等の地域での避難支援取組団体が訪問等する場合がありますので、その際は御協力ください。
- ・この登録は、登録の変更・取下げの申出がない限り、自動継続とします。ただし、転居された場合は、再度登録の必要がありますので、転居後も支援が必要な場合は登録届を御提出ください。