

避難行動要支援者名簿登録同意書 兼 セルフプランシート

行政

名簿登録対象者	ふりがな		生年月日		性別
	氏名		年 月 日		男・女
	住所	播磨町	自治会名		
	電話番号				

自宅以外に住んでいる場合（施設入所者や長期入院の方、播磨町外に住んでいる方は名簿には登録されません）

施設() 長期入院中 その他(住所： 市・町・村)

①災害時に避難するときに、家族以外の助けが必要ですか？

必要である ⇒②へ 必要でない ⇒記入はここで終了です

②避難するときに、家族や福祉サービス事業者以外の支援者(助けてくれる方)はご近所にいますか？

いない ⇒③へ いる 氏名() ⇒記入はここで終了です

災害時に支援を要する方で、同意していただいた方については、本用紙記載の情報を、災害時における支援活動や災害時に備えた見守り活動などのために、町関係部署、避難支援等関係者(自主防災組織、自治会、消防署、消防団、民生委員児童委員、社会福祉協議会、地域包括支援センターその他町長が避難支援のために必要であると認める者)に提供し、共有します。

③平時からの個人情報提供について 同意しない(避難支援等関係者による支援を希望しない)

⇒記入はここで終了です

同意する (⇒④以降へ) 平時から名簿を提供します。

令和 年 月 日 氏名 _____

④災害時に、避難することができない理由にチェック、○をつけてください(複数可)

世帯の状況	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし	<input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯	<input type="checkbox"/> その他
日中ひとり暮らし	<input type="checkbox"/> 該当する	<input type="checkbox"/> 該当しない	
介護認定の状況	要介護認定(要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)		
障がいの状況	身体(1・2・3・4・5・6級)、療育(A・B1・B2)、精神(1・2・3級)		
<input type="checkbox"/> 歩行困難 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 物が見えない <input type="checkbox"/> 音が聞こえない <input type="checkbox"/> 危険を判断できない <input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解が難しい <input type="checkbox"/> 医療的ケアが必要である <input type="checkbox"/> その他()			

⑤どういことを助けてほしいですか？(複数可)

声かけ 避難所までの付き添い
親族などへの連絡 その他()

⑥緊急時の連絡先(同居の方の場合には、携帯電話の番号を書いてください)

氏名 (続柄)	住所	電話番号
()	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 町内 <input type="checkbox"/> 町外	
()	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 町内 <input type="checkbox"/> 町外	

担当居宅介護支援事業所・相談支援事業所

【注意】必ずご一読ください

災害の状況によっては避難行動の支援が困難となることもあります。平時からの名簿提供を同意することによって、支援が約束されるものではなく、また支援者は法的な義務や責任を負うものではありません。

上の2枚を提出してください。3枚目は本人控えですので、お手元に保管しておいてください。

避難行動要支援者名簿登録同意書 兼 セルフプランシート

自主防災

名簿登録対象者	ふりがな		生年月日		性別
	氏名		年 月 日		男・女
	住所	播磨町	自治会名		
	電話番号				

自宅以外に住んでいる場合（施設入所者や長期入院の方、播磨町外に住んでいる方は名簿には登録されません）

施設() 長期入院中 その他(住所： 市・町・村)

①災害時に避難するときに、家族以外の助けが必要ですか？

必要である ⇒②へ 必要でない ⇒記入はここで終了です

②避難するときに、家族や福祉サービス事業者以外の支援者(助けてくれる方)はご近所にいますか？

いない ⇒③へ いる 氏名() ⇒記入はここで終了です

●避難支援等関係者のみなさまへ

このシートは避難行動要支援者ご本人に記入いただいたものです。下記を参考に、平時から災害時の避難支援についてご検討をお願いします。

③平時からの個人情報提供について 同意しない（避難支援等関係者による支援を希望しない）

⇒記入はここで終了です

同意する（⇒④以降へ） 平時から名簿を提供します。

令和 年 月 日 氏名 _____

④災害時に、避難することができない理由にチェック、○をつけてください(複数可)

世帯の状況	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし	<input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯	<input type="checkbox"/> その他
日中ひとり暮らし	<input type="checkbox"/> 該当する	<input type="checkbox"/> 該当しない	
介護認定の状況	要介護認定(要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)		
障がいの状況	身体(1・2・3・4・5・6級)、療育(A・B1・B2)、精神(1・2・3級)		
<input type="checkbox"/> 歩行困難 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 物が見えない <input type="checkbox"/> 音が聞こえない <input type="checkbox"/> 危険を判断できない <input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解が難しい <input type="checkbox"/> 医療的ケアが必要である <input type="checkbox"/> その他()			

⑤どういふことを助けてほしいですか？(複数可)

声かけ 避難所までの付き添い
親族などへの連絡 その他()

⑥緊急時の連絡先(同居の方の場合には、携帯電話の番号を書いてください)

氏名 (続柄)	住所	電話番号
()	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 町内 <input type="checkbox"/> 町外	
()	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 町内 <input type="checkbox"/> 町外	

担当居宅介護支援事業所・相談支援事業所

●避難支援等関係者のみなさまへ

避難支援はあくまで地域における助け合い・共助の活動であることから、支援者には必ず支援しなければならないという義務が課せられるものではありません。ご自身や家族の生命や身体の安全を守ることを最優先にしていただき、無理のない範囲での支援をお願いします。

避難行動要支援者名簿登録同意書 兼 セルフプランシート

本人

名簿登録対象者	ふりがな		生年月日		性別
	氏名		年 月 日		男・女
	住所	播磨町	自治会名		
	電話番号				

自宅以外に住んでいる場合（施設入所者や長期入院の方、播磨町外に住んでいる方は名簿には登録されません）

施設() 長期入院中 その他(住所: 市・町・村)

①災害時に避難するときに、家族以外の助けが必要ですか？

必要である ⇒②へ 必要でない ⇒記入はここで終了です

②避難するときに、家族や福祉サービス事業者以外の支援者(助けてくれる方)はご近所にいますか？

いない ⇒③へ いる 氏名() ⇒記入はここで終了です

災害時に支援を要する方で、同意していただいた方については、本用紙記載の情報を、災害時における支援活動や災害時に備えた見守り活動などのために、町関係部署、避難支援等関係者(自主防災組織、自治会、消防署、消防団、民生委員児童委員、社会福祉協議会、地域包括支援センターその他町長が避難支援のために必要であると認める者)に提供し、共有します。

③平時からの個人情報提供について 同意しない(避難支援等関係者による支援を希望しない)

⇒記入はここで終了です

同意する (⇒④以降へ) 平時から名簿を提供します。

令和 年 月 日 氏名

④災害時に、避難することができない理由にチェック、○をつけてください(複数可)

世帯の状況	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし	<input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯	<input type="checkbox"/> その他
日中ひとり暮らし	<input type="checkbox"/> 該当する	<input type="checkbox"/> 該当しない	
介護認定の状況	要介護認定(要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)		
障がいの状況	身体(1・2・3・4・5・6級)、療育(A・B1・B2)、精神(1・2・3級)		
<input type="checkbox"/> 歩行困難 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 物が見えない <input type="checkbox"/> 音が聞こえない <input type="checkbox"/> 危険を判断できない <input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解が難しい <input type="checkbox"/> 医療的ケアが必要である <input type="checkbox"/> その他()			

⑤どういことを助けてほしいですか?(複数可)

声かけ 避難所までの付き添い
親族などへの連絡 その他()

⑥緊急時の連絡先(同居の方の場合には、携帯電話の番号を書いてください)

氏名 (続柄)	住所	電話番号
()	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 町内 <input type="checkbox"/> 町外	
()	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 町内 <input type="checkbox"/> 町外	

担当居宅介護支援事業所・相談支援事業所

【注意】必ずご一読ください

災害の状況によっては避難行動の支援が困難となることもあります。平時からの名簿提供を同意することによって、支援が約束されるものではなく、また支援者は法的な義務や責任を負うものではありません。

上の2枚を提出してください。3枚目は本人控えですので、お手元に保管しておいてください。