

No.

【記入例】

令和 123年 123月 123日

## 要配慮者（避難行動要支援者）登録申請書・個別支援計画書

(あて先) 鳴沢村長

私は、地域における防災活動に活用することを目的として、本登録情報を自主防災組織の責任者、消防署、警察署、消防団、民生委員、社会福祉協議会等に提供することに同意のうえ申請します。

登録申請者	フリガナ 氏名	鳴沢 太郎		住所	鳴沢村 123123	性別	男・女
	生 年 月 日	大正・昭和 123年 123月 123日 平成・令和 (123 才)		電話	(自宅) 0555-85-1234 (携帯) 090-1234-5678		
	組名	鳴沢 123 組・大田和 組・組織外		血液型	A・O・B・AB / RH (+・-)		
家族構成 (一緒に住んでいる人)	氏名	鳴沢 花子	続柄	妻	氏名		続柄
	氏名	※一緒に住んでいる人を 全員記入してください。		続柄		氏名	
	氏名		続柄		氏名		続柄
申請者の 状況と 必要とする 支援	状況 (例: 1人では動けない、医療器具を使用している、認知症がある、耳が聞こえない等) 妻と二人きりで、主に一階で過ごしている。 足が悪く、移動するときは車いすを使用している。						
	必要とする支援 (例: 付き添って避難行動を行う、携帯酸素を持つ、筆談する等) 妻も高齢のため、避難の際には誰かに付き添ってほしい。 酸素を運ぶのも手伝ってほしい。						
緊急時 連絡先	氏名	鳴沢 一郎	住所	富士河口湖町123456	関係	長男	
	電話	0555-12-3456		携帯	090-8765-4321		
	氏名	大田和 鳴子	住所	富士吉田市 下吉田789123	関係	長女	
	電話	0555-78-9123		携帯	090-2345-6789		
支援員 ※ 災害時に、 同意のうえで 申請者の安否 確認・移動支 援を行って くれる方をご 記入ください。 家族の場合 でもご記入 ください。	①	氏名	大田和 二郎	住所	鳴沢村456456		
		電話番号	080-5678-9123		関係	甥	
	②	氏名	鳴沢 五郎	住所	鳴沢村789789		
		電話番号	080-1472-5836		関係	近隣住民	
	③	氏名	大田和 花男	住所	鳴沢村112233		
		電話番号	070-1122-3344		関係	近隣住民	
届出者 (本人の場合「関 係」のみ記入)	氏名			住所			
	電話番号			関係	本人		

**登録申請者の状態** ※ 当てはまるものを選択してください。

- 1.身体障害者手帳 1級 2級 3級 4級 5級 6級  
 [障害の状況 視覚障害 聴覚障害 言語障害 肢体不自由 内部障害]
- 2.療育手帳 A1 A2 B1 B2
- 3.精神障害者保健福祉手帳 1級 2級 3級
- 4.75歳以上の高齢者 一人暮らし 夫婦のみの世帯 高齢者のみの世帯
- 5.介護保険認定者 要支援1 要支援2  
要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5
- 6.医療を必要とする者 ペースメーカー 人工透析 在宅酸素 留置カテーテル  
胃ろう 人工肛門(ストマ) 吸引 その他( )
- 7.1~6の他災害時に支援が必要な人 難病 日中一人になる虚弱な者 外国人  
妊産婦 乳幼児(3歳未満) その他( )

**避難及び安否確認の方法** 一次避難場所 鳴沢小学校、総合センター、山道ホール など

※同封した例を参考に記入してください。

**登録申請者の医療の状況**

登録申請者の医療の状況		受診の有無	<input checked="" type="radio"/> 有・無	内服の有無	<input checked="" type="radio"/> 有・無
1	医療機関名 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 病院	診療科	△△科	受診頻度	月◇回

内服・点眼等 [お薬手帳のコピーがあれば記入不要]

～常備薬名～

2	医療機関名	診療科	受診頻度
---	-------	-----	------

内服・点眼等 [お薬手帳のコピーがあれば記入不要]

**登録申請者の各種サービス利用の状況** 介護保険の利用 有・無 障害サービスの利用 有・無

利用しているサービスの種類	デイサービス、福祉用具レンタル		
サービス利用頻度	デイサービス 週●回(月・火・金)、福祉用具(車いす)		
利用事業所/利用会社	デイ:●●デイサービスセンター 用具:▲▲(株)	ケアマネジャー	大田和 鳴太

**その他、特記事項**

家の中であれば、ゆっくりとだが自分で移動することができる。外出時は車いす。  
 妻も高齢なため避難が非常に困難。災害時、近所の人支援をしてくれるが、もしもの場合は支援をお願いしたい。

問い合わせ先: 〒401-0398 鳴沢村1575 鳴沢村役場福祉保健課  
 (TEL) 0555-85-3081 (FAX) 0555-85-2461