

(様式第2号)

市川市避難行動要支援者名簿登録申請書兼情報提供同意書

(提出先)
市川市長

年 月 日

避難行動要支援者本人 署名 (印)
(代筆の場合のみ) 本人との関係
代筆者 氏名 ()
連絡先

私は、「市川市避難行動要支援者対策事業」の趣旨に賛同し、自助の取組を行うこと、又私が届出た以下の事項を市が、市関係課、避難支援等関係者(※1裏面参照)に対して提供し(本書式の複写での提供を含む)、情報を共有することについて同意します。

なお、災害の規模や避難支援等関係者の状況等により、支援等が必ずなされることを保証されるものではなく、避難支援等関係者は法的な責任や義務を負うものではないことを理解しています。

【本人の情報】	フリガナ		加入自治(町)会	生年月日(西暦)
	氏名	(男・女) (血液型)		年 月 日
	住所	〒 -	電話	
			携帯電話	
			FAX	
区分 (要支援要件)	<input type="checkbox"/> 要介護認定(要介護度) <input type="checkbox"/> 手帳(身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳) <input type="checkbox"/> その他()			

【同居家族等の状況について】					
日中		夜間			
【緊急連絡先について】 ※市関係課や避難支援等関係者への情報提供について事前に確認をお願い致します。					
氏名		続柄		連絡先住所	
氏名		続柄		連絡先住所	

裏面(個別支援シート)もご記入ください

【避難支援等を必要とする理由】**【個別支援シート】避難時に配慮してほしいこと、特に知っておいてほしいこと等**

避難支援者：氏名 住所 連絡先
又は団体

避難支援者：氏名 住所 連絡先
又は団体

既往歴：治療中 なし あり → 治療状況：

服薬状況：

かかりつけ医：

介護事業所等：

普段の就寝場所：

避難場所：地震（ ）風水害（ ）避難所（ ）

避難経路に関する特記事項：

避難時の留意事項：

避難先での留意事項：

立つことや歩行が出来ない 音が聞こえない（聞き取りにくい） インシュリン
物が見えない（見えにくい） 言葉や文字の理解が難しい 透析
危険なことを判断できない 顔を見ても知人や家族とわからない その他（ ）

災害時に自宅で無事を知らせるサイン：

本人が不在で連絡が取れない時の対応：

※1 避難支援等関係者とは、自治（町）会、民生委員・児童委員をいいます。

※2 同意の意思について、申出がない限り自動継続とします。

※3 登録申請提出後に記載内容に変更があった場合は、速やかに変更届をお届けください。

お問い合わせ先：市川市福祉部地域支えあい課 電話 047-712-8518 F A X 047-712-8789

【持ち出し品の確認状況】			【備蓄品等の確認状況】		
ヘルメット		現金		缶詰	新聞紙
懐中電灯		保険証コピー		1ℓ以上食品	トレットペーパー
携帯ラジオ		軍手		飲料水	簡易トイレ
携帯充電器		ティッシュ		燃料	
非常食		タオル		簡易食器	
飲料水		ビニール袋		毛布	
救急医薬品		下着		寝袋	
ロウソク		毛布		マスク	
貴重品				カイロ	