

市記入欄		
------	--	--

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

年 月 日

市川市長

私は、市川市避難行動要支援者名簿への登録を申請します。

また、災害に備えて自助の取組を行うこと及び、私が届出た以下の事項や市で把握する情報(※1参照)を、市が、市関係課、避難支援等関係者(※2参照)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。

避難行動要支援者本人 署名

代筆者 氏名 本人との関係 ()

代筆者 電話番号

(ご本人が記入できない場合のみ代理の方が代筆してください。)

【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
		市川市		携帯電話
		FAX		
申請理由	<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()			

※1 市で把握する情報とは、住民基本台帳情報、介護情報、障がい情報をいいます。これらの情報の変更(市内転居等)が確認できた場合、必要に応じて情報を修正します。また、修正した情報についても避難支援等関係者に提供します。なお、同意の意思について、申し出がない限り自動継続とします。

※2 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。

※3 登録申請書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：市川市福祉部地域共生課 電話 047-712-8518 FAX 047-712-8741

裏面(個別支援シート)もご記入ください

個別支援シート

(該当する欄に☑をつけ、可能な範囲でご記入ください)

配慮 が 必要 な 事 項	<input type="checkbox"/> 立つことや歩行が困難 → <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 音が聞こえない(聞き取りにくい) → <input type="checkbox"/> 大きな声は聞こえる <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> ジェスチャー <input type="checkbox"/> 物が見えない(見えにくい) <input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解が難しい <input type="checkbox"/> 危険なことを判断できない <input type="checkbox"/> 顔を見ても知人や家族とわからない <input type="checkbox"/> 精神的に不安定なことがある <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 90%; margin: 10px auto;"></div>																						
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">既往歴</td> <td colspan="5">治療中 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり → 治療状況：</td> </tr> <tr> <td>服薬状況</td> <td></td> <td colspan="2">かかりつけ医</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>介護事業所等</td> <td></td> <td colspan="2">普段の就寝場所</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>						既往歴	治療中 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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		
既往歴	治療中 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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 等 情 報	避難場所																						
	避難に関する特記事項																						
	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																						
避難 支 援 者	氏名又は 団体		住所		電話 番号																		
	氏名又は 団体		住所		電話 番号																		
【同居家族等の状況】																							
日 中	<input type="checkbox"/> ひとり <input type="checkbox"/> 家族等が在住 () <input type="checkbox"/> その他 ()			夜 間	<input type="checkbox"/> ひとり <input type="checkbox"/> 家族等が在住 () <input type="checkbox"/> その他 ()																		
【緊急連絡先】 ※市関係課や避難支援等関係者への情報提供について、連絡先の方へ事前に確認をお願いします。																							
氏名		続柄		住所																			
				電話																			
氏名		続柄		住所																			
				電話																			