

久慈市避難行動要支援者名簿登録申込書 兼 個別避難計画

申込区分 新規 変更 削除 (削除理由: 死亡 施設入所 その他)

久慈市長様				
私は、災害時に地域の支援を受けたいので、避難行動要支援者名簿への登録を申し込みます。私が届け出た下記の情報が市の関係部課、警察署、消防署、地域の民生委員・児童委員、地域支援者、消防団及び地域支援団体等に提供されることを承諾します。				
令和 年 月 日				
フリガナ氏名		性別	生年月日	大昭 平令
住所	久慈市	自宅電話番号		
		携帯電話番号		
代理人 代筆者				申込者との関係

登録区分 (該当するものに全てに☑を付けてください)				
<input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯	<input type="checkbox"/> 要介護3以上 (在宅生活者)	介護度	<input type="checkbox"/> 身体障がい者 (肢体・視覚・聴覚)	等級
<input type="checkbox"/> 知的障がい者	<input type="checkbox"/> 精神障がい者	等級	<input type="checkbox"/> 難病患者	病名
<input type="checkbox"/> その他 ()				※人工呼吸器装着、在宅酸素療法、人工透析等

居住環境 (該当するものに☑を付けてください)		
同居家族	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる (父母・子・祖父母・孫)	要支援者のみの時間帯
災害の危険 ハザードマップ	<input type="checkbox"/> 土砂災害 <input type="checkbox"/> 洪水浸水 <input type="checkbox"/> 津波浸水 <input type="checkbox"/> その他 ()	

避難の支援が必要な理由 (該当するものに☑を付けてください)	
私の状態 あてはまるもの 全てにチェック してください。	A <input type="checkbox"/> 自力で避難できる(念のため、安否確認してほしい)
	B <input type="checkbox"/> 一部支援や見守りが必要 <input type="checkbox"/> 立つ・歩くが不自由 ※器具を選択 (車イス・杖・シルバーカー・なし) <input type="checkbox"/> 音が聞こえない <input type="checkbox"/> 物が見えない <input type="checkbox"/> 言葉や文字が理解しにくい (丁寧な説明があれば理解できる) <input type="checkbox"/> 危険性を判断しにくい (丁寧な説明があれば理解できる)
	C <input type="checkbox"/> 専門的な支援が必要 <input type="checkbox"/> 移動に担架やストレッチャーが必要 <input type="checkbox"/> 集団での生活が困難 <input type="checkbox"/> 排泄に介助が必要 <input type="checkbox"/> 食事に介助が必要 <input type="checkbox"/> 言葉や文字が理解できない <input type="checkbox"/> 医療機器が必要 ※機器 ()
自由記載	

緊急連絡先 (家族等)				
フリガナ氏名	生年月日	続柄	住所	電話 (自宅・携帯)
追加				
削除				
追加				
削除				

※変更の場合は、左端の「追加」「削除」に○をつけてください。

