

(様式2)

### 甲賀市避難行動要支援者同意者名簿登録申請書

|           |   |  |    |             |      |              |  |
|-----------|---|--|----|-------------|------|--------------|--|
|           |   |  |    | No.         |      | ※この欄は記入不要です。 |  |
| フリガナ      |   | 生年月日   |    | (明・大・昭・平・令) |      |              |  |
| 氏名        |   |  |    | 年 月 日       |      |              |  |
| 電話番号      |   | 携帯番号   |    | FAX番号       |      |              |  |
| 避難時支援     |   | <input type="checkbox"/> 支援必要 <input type="checkbox"/> 一部支援必要 <input type="checkbox"/> 声かけ支援 <input type="checkbox"/> 現在は支援不要<br>(*内容については欄外をご覧ください)   |    |             |      |              |  |
| 区分①       |   | <input type="checkbox"/> 一人暮らし(75歳以上) <input type="checkbox"/> 高齢世帯(75歳以上) <input type="checkbox"/> その他  |    |             |      |              |  |
| 区分②       |   | <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 身体障がい <input type="checkbox"/> 知的障がい<br><input type="checkbox"/> 精神障がい <input type="checkbox"/> その他  |    |             |      |              |  |
| その他       |   | <input type="checkbox"/> 車椅子使用 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 日中一人暮らし <input type="checkbox"/> 介護保険利用者<br><input type="checkbox"/> 配食サービス利用者 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 視覚障がい <input type="checkbox"/> 聴覚障がい |    |             |      |              |  |
| 居宅介護支援事業所 |   | 事業所名   |    | 電話番号        |      |              |  |
|           |   | ケアマネジャー  |    |             |      |              |  |
| 世帯構成      | ① | 氏名   | 続柄 | 性別          | 連絡先  |              |  |
|           | ② | 氏名   | 続柄 | 性別          | 連絡先  |              |  |
|           | ③ | 氏名   | 続柄 | 性別          | 連絡先  |              |  |
|           | ④ | 氏名   | 続柄 | 性別          | 連絡先  |              |  |
| 緊急時の連絡先   | ① | 氏名   | 続柄 | 性別          | 電話番号 |              |  |
|           |   | 住所   | 〒  |             | 連絡先  | FAX番号        |  |
|           | ② | 氏名   | 続柄 | 性別          | 電話番号 |              |  |
|           |   | 住所   | 〒  |             | 連絡先  | FAX番号        |  |
|           |   |  |    |             |      | 携帯番号         |  |
|           |   |  |    |             |      | 携帯番号         |  |

**\* 避難時支援について**

- 支援必要・・・支援がないと避難できない
- 一部支援必要・・・簡単な支援(介助)があると避難できる
- 声かけ支援・・・避難時等に声をかけてもらえば一人で避難できる
- 現在は支援不要・・・今のところ支援(介助)がなくても一人で避難できる

|                        |            |               |    |              |      |                      |
|------------------------|------------|---------------|----|--------------|------|----------------------|
| 支援者・協力員                | ①          | 氏名            | 続柄 | 性別           | 電話番号 |                      |
|                        |            | 住所            | 〒  |              |      | 連絡先<br>FAX番号         |
|                        | ②          | 氏名            | 続柄 | 性別           | 電話番号 |                      |
|                        |            | 住所            | 〒  |              |      | 連絡先<br>FAX番号<br>携帯番号 |
|                        | かかりつけの医療機関 | 医療機関名         |    |              |      | 電話番号                 |
|                        |            | 治療中の疾患        |    |              |      | 診療科名                 |
| 使用薬、用量                 |            |               |    |              |      |                      |
| <b>避難時に必要とする支援の内容</b>  |            |               |    |              |      |                      |
| (記載例：移動に車椅子が必要)        |            |               |    |              |      |                      |
| <b>情報伝達での留意事項</b>      |            |               |    |              |      |                      |
| (記載例：ゆっくりと話さないと聞き取れない) |            |               |    |              |      |                      |
| <b>避難先での留意事項</b>       |            |               |    |              |      |                      |
| (記載例：集団での生活ができない)      |            |               |    |              |      |                      |
| <b>住居建物の構造</b>         |            | <b>普段いる部屋</b> |    | <b>寝室の位置</b> |      |                      |
| (記載例) 木造 2階建て          |            | 1階 居間         |    | 2階 階段正面の部屋   |      |                      |
| 階建て                    |            | 階             |    | 階            |      |                      |

※ ご記入にあたってご不明な点がございましたら、以下までお問い合わせください。

【お問い合わせ先】

甲賀市役所 福祉医療政策課 電話 0748-69-2155