

# 《記入例》

第1号様式（第7条関係）

## 避難行動要支援者（兼個別避難計画）登録申出書

喜多方市長 様

提出日：令和 年 月 日

<input checked="" type="checkbox"/> 登録	私は、避難行動要支援者に該当し、個別避難計画を作成することに同意し、登録を申し出ます。			
<input type="checkbox"/> 変更	私は、申し出をした避難行動要支援者及び個別避難計画情報に変更が生じたので届け出ます。 ※ 変更が生じた事項についてのみ記載してください。			
<input type="checkbox"/> 取下	私は、申し出をした避難行動要支援者及び個別避難計画の登録について取り下げたいため、届け出ます。			
ふりがな	きたかた たろう	ふりがな	〇〇 〇〇	電話：24-〇〇〇〇
氏名 (署名)	<b>喜多方 太郎</b>	代筆者 氏名 (署名)	〇〇 〇〇	関係：甥
			住所：喜多方市字〇〇〇〇番地	

### 【避難行動要支援者基本情報】

ふりがな	きたかた たろう	住民コード	行政区コード		
氏名	<b>喜多方 太郎</b>	行政区名			
生年月日	明・大 昭・平 19年 5月 1日	性別	男・女	血液型	A型(Rh-)
住所	〒966-8601 喜多方市 字御清水東7244-2				
電話番号	24-5230	携帯番号	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
該当区分	<input checked="" type="checkbox"/> 要介護認定3～5	要介護 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1・2級（総合等級）の第1種 （心臓・じん臓機能障害のみで該当するものは除く）	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 （障害名：）			
	<input type="checkbox"/> 療育手帳A				
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳1・2級かつ単身世帯	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級			
	<input type="checkbox"/> 難病（市の生活支援を受けている）	疾病名：			
<input type="checkbox"/> その他	<input checked="" type="checkbox"/> 65歳以上（ <input checked="" type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 世帯員全て） <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 該当者のみで構成された世帯 <input type="checkbox"/> その他（）				
<input checked="" type="checkbox"/> 洪水浸水想定区域（浸水深 m～0.5m） <input type="checkbox"/> 家屋倒壊等氾濫想定区域（ <input type="checkbox"/> 氾濫流 <input type="checkbox"/> 河岸浸食） <input type="checkbox"/> 土砂災害警戒区域（ <input type="checkbox"/> 土石流 <input type="checkbox"/> 急傾斜地 <input type="checkbox"/> 地すべり） <input type="checkbox"/> 土砂災害特別警戒区域（ <input type="checkbox"/> 土石流 <input type="checkbox"/> 急傾斜地 <input type="checkbox"/> 地すべり）					

### 【個別避難計画】

○緊急時の家族等の連絡先（子、きょうだい、親族等）

	氏名	続柄	住所	携帯電話番号	自宅電話番号
①	喜多方 一郎	長男	喜多方市〇〇〇〇〇番地	080-XXXX-0000	24-〇〇〇〇
②	喜多方 花子	長女	東京都〇〇区〇〇番地	090-XXXX-0000	03-0000-0000
③	お子様、兄弟姉妹、親戚の方など、できるだけ複数ご記入ください。				

（裏面へ続く）

○避難支援等実施者

(災害時や災害が起きそうな時に避難の呼びかけや移動の補助などの支援をしてくれる方)

①	氏名	関係	住所	携帯電話番号	自宅電話番号
	福島 福子	近所	喜多方市〇〇〇〇〇番地	080-XXXX-0000	24-〇〇〇〇
②	氏名	関係	住所	携帯電話番号	自宅電話番号
	●●地区自主防災会	会長	喜多方市〇〇〇〇〇番地	080-XXXX-0000	24-〇〇〇〇

○かかりつけ医 (主に普段診ていただいているもの)

病院名	受診科名	主治医名
〇△病院	内科	三ノ倉 先生
治療中の疾病名	高血圧、糖尿病	

○担当している居宅介護支援事業者等名

事業者名	〇〇事業所	担当者名
------	-------	------

○身体状況

ADL の 状態	1 歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる ( )
		<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助 (移動方法: 車椅子 )
	2 食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	3 入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	4 排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	5 <input type="checkbox"/> 手話	その他 ( )	
処置等	<input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門の処置) <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
特記 事項	(特に知っておいてほしいこと)		

○避難場所等 ※ 自宅と当該避難場所の場所が分かる位置図を添付すること

施設等名称	種別	所在地	電話番号	備考
〇〇〇〇宅 (親戚)	<input type="checkbox"/> 指定避難所 <input type="checkbox"/> 指定緊急避難場所 <input checked="" type="checkbox"/> その他	喜多方市字〇〇番地		<input type="checkbox"/> 洪水浸水想定区域 (浸水深 m~ m)
第一中学校	<input checked="" type="checkbox"/> 指定避難所 <input checked="" type="checkbox"/> 指定緊急避難場所 <input type="checkbox"/> その他	喜多方市字谷地田上 7573 番地	22-0274	<input checked="" type="checkbox"/> 洪水浸水想定区域 (浸水深 m~0.5m)
<div style="border: 2px solid yellow; padding: 5px;">             避難場所は、市の指定避難場所・指定緊急避難場所だけでなく、受入れ可能な親戚宅などがあれば、記載してください。           </div>				