

第1号様式（第2条関係）

上越市避難行動要支援者登録申請書

令和 年 月 日

（宛先）上越市長

本人が申請できない場合は、配偶者、扶養義務者、保護者による代理申請ができます。

申請者と同じ場合は「同上」としてください。

次のとおり避難行動要支援者登録をお願いします。

申請者	フリガナ	ジョウエツ		住所	〒943-8601 上越市木田1丁目 番3号		
	氏名	上越 太郎		電話番号	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 025(526)5111		
				登録を希望する人との関係	本人		
登録を希望する人	フリガナ			生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日（93歳）		
	氏名	同上		性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	住所	〒 上越市 同上		所属する町内会	木田		
	自宅電話番号	025-526-5111		携帯電話番号	090-〇〇〇-〇〇〇		
	FAX番号	025-〇〇〇-〇〇〇〇		電子メールアドレス	〇〇〇〇〇		
世帯員	氏名	上越 花子（続柄 妻）		氏名			
	氏名			氏名			
区分	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし高齢者 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> 介護認定者（認定区分 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳（1）級 <input type="checkbox"/> 療育手帳（ ）級 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳（ ）級 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
	かかりつけ医	〇〇医院 〇〇先生		かかりつけ医の電話番号	〇〇〇〇〇〇		
	指定避難所等について	町内会で決めている参集場所 〇〇町内会館（全ての災害）					
		指定緊急避難場所 上越市総合体育館（全ての災害）					
指定避難所 上越市総合体育館（全ての災害）							
避難時に携行する医薬品等	常時服用している薬						
避難先での留意事項	ペースメーカーを使用しているので、携帯電話利用者の近くは避けてほしい。						
その他特記事項	<ul style="list-style-type: none"> ・二人とも耳が聞こえにくく、災害情報を伝達して欲しい。 ・右手足が不自由で一人では歩行ができません。妻も高齢であるため、災害時の避難には手助けが必要である。 ・ペースメーカーを使用している。 						

一緒に住んでいる人です。

町内会で決めている指定避難所等を記入してください。災害種類により指定緊急避難所などが複数となる場合は、該当する災害種類ごとに記入してください。

避難場所で、注意や配慮していただきたい内容を記入してください。

必要な支援の内容や御自身の身体の状態などを記入してください。

連絡先	フリガナ	ショウエツ シロウ	自宅電話番号	025-000-0000	
	氏名	上越 次郎	携帯電話番号	090-000-0000	
	住所	〒943-0000 上越市〇〇町〇丁目〇番〇号		登録を希望する人との関係	長男
	フリガナ	ショウエツ サプロウ	自宅電話番号	025-000-0000	
	氏名	上越 三郎	携帯電話番号	090-000-0000	
	住所	〒0000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号		登録を希望する人との関係	次男

【個別計画の作成】（いずれかに○）	
<input type="checkbox"/>	避難支援者を自分で確保し、避難支援計画を作成したい
<input type="checkbox"/>	地域の人の協力で避難支援計画を作成したい

避難支援の個別計画について、自分で作られる人は上段に○地域で作ってほしい人は下段に○を記入してください。

【見守りネットワーク（ボランティア等による見守りや声かけ）の希望】（いずれかに○）	
<input type="checkbox"/>	日常的に見守りや声かけをしてほしい
<input type="checkbox"/>	すでに日常的に見守りや声かけをしてくれる人がいるので、希望しない
<input type="checkbox"/>	介護保険サービスや福祉サービスを利用しており、特別な見守りや声かけは必要ない
<input type="checkbox"/>	今のところ、特別な見守りや声かけまでは希望しない

日常적인見守りや声かけについて、希望するところに○を記入してください。

個人情報の取扱いに関する同意欄（同意する事項の口欄にチェックのうえ、署名又は記名押印してください。）

<input type="checkbox"/> 登録された情報を上越市避難行動要支援者支援班が使用し、及び次に掲げる人、機関又は団体に提供することに同意します。 (1) 所属する町内会及び自主防災組織 (2) 民生委員・児童委員 (3) 地域包括支援センター (4) 警察署 (5) 上越地域消防事務組合 (6) 上越市消防団 (7) 上越市社会福祉協議会	
申請者氏名	署名又は記名押印

関係機関への情報提供に同意することの同意欄です。申請者本人が自署した場合は、押印不要です。本人以外の方が記名した場合は、押印が必要です。

※以下は、記入しないでください。

民生委員・児童委員	民協番号	—	氏名	
地域包括支援センター				
居	市や経由先の処理欄になりますので、記入する必要はありません。			