

釜石市避難支援登録申請書（登録カード）

令和 年 月 日

釜石市長 様

災害発生時には、避難を支援する方自身やその家族の安全が前提のため、この申請によって災害時の避難行動の支援が必ずなされることが保証されるものではなく、また、避難を支援する方は、法的な責任や義務を負うものではありません。

上記の内容を理解した上で、災害対策基本法の第49条の10から第49条の13に基づく釜石市避難行動要支援者支援計画の趣旨に賛同し、避難行動要支援者名簿に登録することを希望します。また、私が届け出た次の個人情報を市が避難支援等関係者に提供することに同意します。

地区名	(町名+丁目・番 / 町名+地割)		自治会名	(所属する町内会等の名称)	
避難行動要支援者(本人)	<input type="checkbox"/> 高齢者 (<input type="checkbox"/> 要介護 [区分:] ・ <input type="checkbox"/> 要支援 [区分:] ・ <input type="checkbox"/> 一人暮らし ・ <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯				
	<input type="checkbox"/> 障がい者 (<input type="checkbox"/> 身体: 障がいの内容 _____ 等級:) (<input type="checkbox"/> 知的: 程度 <input type="checkbox"/> 最重度 ・ <input type="checkbox"/> 重度) (<input type="checkbox"/> 精神: 障がいの内容 _____ 等級:)				
	<input type="checkbox"/> その他 (_____)				
フリガナ			男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
氏名	⑩			年月日	年 月 日
住所				TEL	
				FAX	
緊急時の家族等の連絡先	氏名			続柄	
	住所			TEL	
	氏名			続柄	
	住所			TEL	
家族構成・同居状況等					
居住建物の構造		<input type="checkbox"/> 木造 (階建) <input type="checkbox"/> 鉄骨造 (階建) <input type="checkbox"/> 鉄筋造 (階建)			
普段いる部屋		階の	寝室の位置	階の	
日中活動している場所		緊急通報システム		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
特記事項					
避難準備情報等の情報伝達者(兼)避難支援者	①	フリガナ			自主防災組織代表 (町内会長等)
		氏名			TEL
		住所			
	②	フリガナ			民生委員
氏名				TEL	
住所					

1. 避難行動要支援者本人情報

血液型	A ・ B ・ O ・ AB		RH (+ ・ -)			
治療中の疾患 ・合併症	疾患名		治療内容		備考	
	主治医又は病院名					
服用薬の 種類等	薬名		量	形(色)	服薬時間	作用
					朝・昼・夕	
					朝・昼・夕	
					朝・昼・夕	
					朝・昼・夕	
					朝・昼・夕	
	服薬上の注意等					
	薬局又は病院名		TEL			
TEL						
TEL						
TEL						
補装具及び 医療的ケアに 必要な物品	メーカー名		商品名	サイズ等	取引先電話番号	
					TEL	
					TEL	
					TEL	
福祉サービス 提供事業者名	①	TEL				
	②	TEL				

2. 避難場所及び担当班

避難場所					
避難場所の担当班					
備考					

3. その他
