

避難行動要支援者確認書

| | | | | |
|---|--|------|-------|--|
| フリガナ | | 電話番号 | | |
| 氏 名 | | 携帯電話 | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | 性別 | 男 ・ 女 | |
| 住 所 | 松前町 | | | |
| 避難支援等を必要とする事由 (該当する項目のすべてに、□の中にチェックを入れ、必要事項を記入してください。) | <input type="checkbox"/> 70歳以上のひとり暮らし <input type="checkbox"/> 70歳以上の高齢者のみの世帯(2人以上) <input type="checkbox"/> 要介護認定3以上(要介護状態区分: _____) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳所持(総合等級: _____級) (□ 視覚障がい □ 聴覚障がい □ 肢体不自由 □ 内部障がい □ その他の身体障がい) <input type="checkbox"/> 療育手帳所持(判定: _____) □ 精神障害者保健福祉手帳所持(等級 _____級) <input type="checkbox"/> 難病患者(病名: _____) <input type="checkbox"/> その他(具体的な理由: _____) | | | |
| 特記事項 | 情報伝達での注意事項、避難誘導時の留意事項、避難先での留意事項等を記入 (_____) | | | |
| 避難行動要支援者の要件 | <input type="checkbox"/> 自力で避難することが困難である(発達障がいなどを含む) <input type="checkbox"/> 同居家族等避難支援する人がいない(時間帯によって一人となる場合を含む) <input type="checkbox"/> 在宅である(施設入所や長期入院をしていない) | | | |
| 名簿情報提供同意の有無 (避難行動要支援者の要件のいずれにもチェックのあった人が記入) | 私は、災害時に、避難の支援、安否の確認、その他の生命又は身体に関する保護を受けるために、上記内容(氏名、生年月日、性別、住所、避難支援等を必要とする事由、連絡先等)を、平常時から、平常時から、松前町(保健福祉担当部局、防災担当部局)及び避難支援等関係者(自主防災組織、民生委員・児童委員、社会福祉協議会、伊予警察署、松前消防署など)に提供することに、 <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 趣旨を十分理解した上で、同意しません 年 月 日 氏名 _____ (代筆者) _____ 続柄 _____ | | | |

※ 避難支援等を必要とする事由について、肢体不自由は運動機能障がいを含み、内部障がいは心臓、腎臓、呼吸器、膀胱直腸、小腸、肝臓などの障がい、その他の障がいは平衡、音声、言語、そしゃくの障がい。その他は同居家族はいるが時間帯等によって一人となる場合や発達障がいなど上記のいずれにも該当しないが本人の希望による場合にチェックし理由を記載してください。

※ 同意することにより、避難の支援が必ずなされることを保証するものではありません。

※ 同意の意思について、変更の申出がない限り自動継続とします。

| 問い合わせ先 | 高齢者 | 難病患者 | 要介護者 | 障がい者 |
|--------|------------------|---------------|---------------|--------------------|
| 電話番号 | 福祉(地域): 985-4232 | 健康課: 985-4118 | 保険課: 985-4115 | 福祉課(障がい): 985-4112 |