

緊急・災害時要援護者台帳登録申請書

年 月 日

芦屋市長 宛

次のいずれかに☑をつけてください。

- ①☐ 私は、緊急・災害時にのみ下記に記載する事項を関係機関（民生委員・児童委員、自治会、自主防災会、社会福祉協議会、消防本部、市の関係部署）に提供されることについて同意します。
- ②☐ 私は、平常時から下記に記載する事項を関係機関（民生委員・児童委員、自治会、自主防災会、社会福祉協議会、消防本部、市の関係部署）に提供されることについて同意します。
- ③☐ 私は、下記に記載する事項を関係機関（民生委員・児童委員、自治会、自主防災会、社会福祉協議会、消防本部、市の関係部署）に提供することを希望しません。

住所

署名（本人又は代理人等）

申請者氏名

印

（登録者との関係：

）

【登録者(申請者)】

フリガナ	性別	生年月日	明・大・昭・平		
氏 名	男・女		年	月	日
住所	芦屋市	電話 (FAX)			
自治会名	血液型	型	同居家族の人数	人	

【状況】 該当する状況に☑を付けてください（複数可）

<input type="checkbox"/> 65歳以上のひとり暮らしの方	かかりつけの 病院等の名称	
<input type="checkbox"/> 65歳以上のみの世帯		
<input type="checkbox"/> 屋間高齢者のみの世帯	住 所	
<input type="checkbox"/> 認知症の方		
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳をお持ちの方（ 級）	電 話 番 号	
<input type="checkbox"/> 療育手帳をお持ちの方（ ）	診 療 科	
<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方（ 級）	日常必要な 生活用具・薬等	
<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている方（介護度 ）		
<input type="checkbox"/> 難病の方（ ）		
<input type="checkbox"/> その他（ ）		

特記事項（特に配慮が必要なこと等）

【緊急時の連絡先】 親せきなどなるべく身内の方

フリガナ	電話	— —	登録者との 続 柄
氏 名	(携帯)	— —	
住 所			
フリガナ	電話	— —	登録者との 続 柄
氏 名	(携帯)	— —	
住 所			

民生委員

高齢者生活支援センター

問い合わせ先 高齢介護課 38-2044

裏面に続きます。

個別避難支援計画（登録）

【避難支援状況】該当するところに☐をつけてください。

避難支援	A☐ 誰かの援助がないと避難できない。	避難所での生活 ☐ 可 ☐ 否
	B☐ 誰かの誘導があれば、一緒に避難できる。	
	C☐ 自分で避難できる（後で、避難確認が必要）。	
	D☐ 支援を必要としない。	

【地域支援者】緊急・災害時に要援護者の支援を行うことに了解を得られた近隣の方（ご家族の方も可）

フリガナ	電話	-	-	備考
氏名	(携帯)	-	-	
住所				
フリガナ	電話	-	-	備考
氏名	(携帯)	-	-	
住所				

【避難行動計画】

予定避難所	第1	第2
避難情報の入手方法	例) テレビ ⇒ 本人、携帯電話⇒ 本人など	
情報を伝える際の留意事項	例) 筆談で意思疎通を行うなど	
避難時に持ち出す医薬品等		
避難誘導時の留意事項	例) 車いすが必要など	

【避難先での支援】該当するところに☐を入れてください。

A 食事	<input type="checkbox"/> すべて介助が必要
	<input type="checkbox"/> 何か補助（体の支え・スプーンなど）があれば、自分で食べられる。
	<input type="checkbox"/> 必要ない。
B 排泄	<input type="checkbox"/> すべて介助が必要
	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレを利用する。
	<input type="checkbox"/> 補助があれば、一般のトイレが利用できる。
C 歩行	<input type="checkbox"/> まったく歩けない。
	<input type="checkbox"/> 車いすの利用が必要（自走式・手押し式・その他（ ））
	<input type="checkbox"/> 車いすは使わず、介助が必要
	<input type="checkbox"/> 必要ない。
D 機器・用品	<input type="checkbox"/> 電気を使う機器（電気式の呼吸器・吸たん器など）が必要（機器の種類など ）
	<input type="checkbox"/> その他 酸素ボンベなど特別な機器が必要（機器の種類など ）
	<input type="checkbox"/> ストマ用具などの用品が必要（用品の種類など ）
	<input type="checkbox"/> 必要なものはない。
E その他	その他、特別な配慮・注意が必要なことがありましたら、具体的にご記入ください。 （例）アレルギーがある、耳が聞こえにくい、服薬している薬がある、パニックを起こしやすいなど。

※ 障がい者施設に入所されている方は、ご記入ください。

入所施設名 ()
 帰省の状況 ☐毎週末 ☐お盆・正月 ☐その他 ()