

新座市避難行動要支援者登録届出書

令和 4 年 1 2 月 1 日

(届出先) 新座市長

避難行動要支援者支援制度による支援を受けたいので、新座市避難行動要支援者支援制度実施要綱第4条第1項の規定に基づき、以下のとおり届け出るとともに、以下の事柄について同意いたします。

- 1 届出者の住民基本台帳情報、世帯情報、介護保険情報、障がい者に係る情報、高齢者福祉サービスに係る情報及び本届出書に記載されている事項に関して、市役所の関連部局内で共有されること
2 避難支援等関係者(町内会、防団、消防署及び警察)へ情報提供を行うこと
3 災害は、いつ、どのような形で起きるか予測困難であり、かかる支援は共助に基づくものであるため、早急に安否確認等を行えない場合があること

1~3の項目に同意の上、ご署名ください。
※押印は不要です

避難行動要支援者氏名 新座 太郎

① 避難行動要支援者(届出者)
氏名: 新座 太郎
生年月日(年齢): 大正昭和 6年11月1日 (90)
住所: 〒352-8623 新座市野火止1-1-1
75歳以上ひとり暮らし等かつ要介護認定者(要介護1以上)
日常生活に支障のある方(要支援・要介護認定者)
その他支援が必要な理由

② 連絡先等
電話番号: 0 4 8 4
携帯電話: 0 9 0 1 1 1 1 1 1 1
町内会名: 新座町内会
町内会加入状況: 加入

③ 地域支援者(災害時に支援可能な方)
フリガナ: ノビトメ ハナコ
氏名: 野火止 花子
〒: 3 5 2 8 6 2 3
住所: 新座市 野火止1-1-1
電話番号: 0 4 8 4 7 7
携帯電話: 0 9 0 2 2 2

ご自身の「電話番号」、「携帯番号」、「町内会の加入状況」を記入してください。

※町内会未加入者は、③地域支援者(災害時に支援可能な方)を御記入ください。
※町内会加入者でも、災害時に支援可能な方がいる場合は御記入ください。

災害時に支援していただけるご近所の方をご記入ください。
自ら選出することが困難な場合は未記入で構いませんが、地域支援者の選出に時間を要することがあります。

④緊急連絡先1	フリガナ	ニイザ イチロウ										
	氏名	新座 一郎										
	〒	3	5	1	0	0	2	5	続柄	二男		
	住所	埼玉県朝霞市三原1-1-										
	電話番号	0	4	8	4	6	3	親族等、緊急時に連絡がとれる方の情報をご記入ください。特に「電話番号」「携帯電話」はお間違えないよう、必ずご記入ください。				
	携帯電話	0	9	0	3	3	3					

④緊急連絡先2	フリガナ												
	氏名												
	〒											続柄	
	住所												
	電話番号											関わりがある福祉関係の事業所をご記入ください。	
	携帯電話												

⑤事業所1	野火止居宅介護支援事業所	⑤事業所2	
⑤事業所2	新座ヘルパーステーション	⑤事業所3	

かかりつけ医がいる場合、医療機関名と疾患名をご記入ください。

⑥医療機関1	新座医院	疾患名	
⑥医療機関2		疾患名	

該当項目があれば、チェックをいれてください。

以下の該当する項目に○をしてください。

<input checked="" type="checkbox"/> 移動支援が必要	<input type="checkbox"/> 在宅酸素を使用している
<input type="checkbox"/> (ほぼ)寝たきりである	<input type="checkbox"/> 人工透析療法を行っている
<input checked="" type="checkbox"/> 車椅子・手押し車等を使用している	<input type="checkbox"/> 目が(ほとんど)見えない
<input type="checkbox"/> 認知症症状がある	<input type="checkbox"/> 耳が(ほとんど)聞こえない
<input type="checkbox"/> 人工呼吸器を使用している	

自力で避難できない理由や避難時に必要とする支援の内容等を記入してください。
(例) 車椅子押してくれる方が必要。耳が聞こえないため、防災無線が聞こえない。等

必要があれば、自力で避難できない理由や、必要な支援内容をご記入ください。

※ 事務処理欄

所管課	<input type="checkbox"/> 長寿	<input type="checkbox"/> 介護	<input type="checkbox"/> 障がい	担当		入力日	
整理番号		宛名番号					