

避難行動要支援者届出書

鶴岡市長 宛

私は、災害時の避難支援を希望し、個別避難計画作成を依頼します。

また、私が届け出た下記の個人情報をも市が避難支援関係者（町内会・自治会、避難支援協力者等）に提供することを同意します。

(本人署名)

(代理署名)

町内会・自治会名		本人との関係（ ）				
届出者	氏名（ふりがな）		性別	続柄	生年月日	年齢
			男・女	本人	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生	歳
住所						
電話番号		携帯電話				
世帯員氏名等	氏名（ふりがな）		性別	続柄	年齢	緊急時連絡先
	①		男・女		歳	勤務先： 携帯：
	②		男・女		歳	勤務先： 携帯：
	③		男・女		歳	勤務先： 携帯：
	④		男・女		歳	勤務先： 携帯：
区分	<input type="checkbox"/> 後期高齢者【 <input type="checkbox"/> 75歳以上単身世帯・ <input type="checkbox"/> 75歳以上のみの世帯】 <input type="checkbox"/> 介護保険認定者【 <input type="checkbox"/> 要介護3・ <input type="checkbox"/> 要介護4・ <input type="checkbox"/> 要介護5】 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳所持者【 <input type="checkbox"/> 1級・ <input type="checkbox"/> 2級】 <input type="checkbox"/> 療育手帳A所持者 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳1級所持者 <input type="checkbox"/> その他避難支援希望者（理由： ）					
担当ケアマネジャー事業所				担当者		
担当地域包括支援センター				担当者		

緊急連絡先等	氏名(ふりがな)	続柄	住所	電話番号
				自・勤：
				携帯：
				自・勤：
			携帯：	

避難支援協力者	氏名(ふりがな)	続柄(関係)	住所	電話番号
				自・勤：
				携帯：
				自・勤：
				携帯：
				自・勤：
			携帯：	

かかりつけ 医療機関	①医療機関名 ②電話番号		疾患名	
	①医療機関名 ②電話番号		疾患名	

避難所等 (風水害・地震・津波)	
---------------------	--

【情報伝達での留意事項】 (記載例：耳が遠いので、なるべく訪問して連絡してください。FAX可)

【避難誘導時の留意事項】 (記載例：膝が痛いので避難の際は車椅子を使用してください。)

【避難所での留意事項】 (記載例：補聴器を使用しているため予備の電池が必要である。)

【その他の特記事項】 (記載例：毎週月曜日〇〇デイサービス利用。TEL〇〇-〇〇〇〇 など)

*避難支援協力者は、善意によって避難(見守り)支援を行います。責任を伴うものではありません。
*この届出書に記載された情報は、災害発生時の支援及び地域の見守り活動をするためのものであり、それ以外の用途に利用したり、他に情報を流したりすることを禁止します。