**記　　入　　例**

**避難行動要支援者名簿情報届出書**

この届出書は、災害時の避難行動等に不安がある方の情報を地域で共有し、普段の見守り活動や、災害時等に少しでも敏速な対応を行うことを目的にご提出いただくものです。

「平常時」から、避難支援等関係者に対し名簿情報を提供することに『同意する』場合は、☑のうえ、【署名欄】に本人又は代理人の記名をお願いいたします。『同意しない』場合は、☑及び【署名欄】の記入は不要です。

大東市長　宛

【同意欄】

避難の支援､安否の確認､その他の生命又は身体を災害から保護を受けるために､市から避難支援等関係者(消防署や自主防災組織等)に情報提供することに同意します。　　　　　　　　　　　　記入日:　　　　年　　月　　日

✔

【署名欄】本人　　　大東　太郎　　　　　　　　代理人　　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １．名簿情報（必ず記入してください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | 　　ダイトウ　タロウ | 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成・令和 |
| 氏　名 | 大東　太郎 | ２２　年　１　月　１　日(　　　歳)　 |
| 住　所（住民票上の住所） | 大東市谷川１丁目１番１号 |
| ※本人の所在地が大東市内の施設等の場合は右に記載してください有料老人ﾎｰﾑ等の施設又は病院等 | 住所： |
| 施設・病院等名： |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 電話番号 | 　０７２（　８７２　）○○○○ | 居住家族数 | １人 |
| 携帯番号 | 　０８０（　１１１１　）○○○○ |

|  |  |
| --- | --- |
| 世帯状況(○印) | １．ひとり暮らし　　２．昼間ひとりが多い　　３．家族だけでは支援が不安 |
| 支援を必要とする理由(○印) | １．立つことや歩行が困難　　　　　２．音が聞こえない（聞き取りにくい）　　３．物が見えない（見えにくい）　　　４．言葉や文字の理解がむずかしい５．危険なことが判断できない　　　６．顔を見ても知人や家族とわからない　７．同居家族も支援を要する状態にある　　　　８．歩行時に杖が必要９．移動時に車いすが必要　　　　10．酸素吸入　　　　11．インシュリン注射　12．人工透析　　　13．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

２．災害時･緊急時連絡先（緊急時や災害時に必要ですのでご記入ください。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ① | フリガナ | ダイトウ　ハナコ | 続柄 | 長女 |
|  | 氏　名 | 大東　花子 | 電話番号 | ０７２（８７４）○○○○ |
|  | 住　所 | 大東市○○２丁目２番２号 | 携帯番号 | ０９０（１１１１）○○○○ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ② | フリガナ | ダイトウ　ジロウ | 続柄 | 友人 |
|  | 氏　名 | 大東　二郎 | 電話番号 | ０６（２２２２）○○○○ |
|  | 住　所 | 大阪市○○３丁目３番３号 | 携帯番号 | ０９０（３３３３）○○○○ |

３．医療機関の情報(消防による救急搬送時等に備えて登録したいと思われる方はご記入ください｡)

|  |  |
| --- | --- |
| 既往歴(主な病気) | 変形性膝関節症 |
| かかりつけ病院 | 名称：○○病院　　　　　　　電話０７２（８００）○○○○ |

 |

※個人情報については、市及び避難支援等関係者内において適正に管理し、避難支援に関わる目的以外には使用しません。