

新座市避難行動要支援者登録届出書

令和 年 月 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、次の1～3について

☐ 同意します ⇒ ①～⑥を記入してください。

- 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 届出者の情報が避難支援等関係者（町内会等（近隣の方や同一マンション居住者を含む）、自主防災組織、民生委員、消防団、消防署及び警察）へ情報提供されること
- 3 災害は、いつ、どのような形で起きるか予測困難であり、本制度による支援は共助に基づくものであるため、早急に安否確認や避難支援等を行えない場合があること

① 避難行動要支援者（届出者）情報

氏名		生年月日 (年齢)	大正 昭和 平成 令和 西暦	年 月 日 () 歳
住所				
☐ 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 () ☐ 身体障がい者手帳所持者（1級または2級） ☐ 療育手帳所持者（㊦またはA） ☐ 精神障がい者保健福祉手帳所持者（1級） ☐ 難病者・難病児				
電話番号	() -	携帯電話	- -	
町内会名		町内会 加入状況	☐ 加入 ☐ 未加入	

② 緊急連絡先

1人目	フリガナ			
	氏名		続柄	
	〒			
	住所			
	電話番号	() -	携帯電話	- -

2 人 目	フリガナ			
	氏 名		続柄	
	〒			
	住 所			
	電話番号	() —	携帯電話	— —

③ 居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）・相談支援事業所（相談支援専門員）

事業所名		担当者	
------	--	-----	--

④ かかりつけ医の医療機関（病院名+疾患名）

病院名1		疾患名	
病院名2		疾患名	

⑤ 地域支援者（災害時に支援可能な方）

フリガナ				※町内会未加入者は、 ⑤地域支援者（災害時に支援可能な方）を 記入してください。
氏名				
〒				※町内会加入者でも、災害時に支援可能な方がいる場 合は記入してください。
住所	新座市			
電話番号	() —	携帯電話	— —	

⑥ 特記事項

以下の該当する項目に☑をしてください。	
☐ 移動支援が必要 ☐ （ほぼ）寝たきりである ☐ 車椅子・手押し車等を使用している ☐ 認知症症状がある ☐ 人工呼吸器を使用している	☐ 在宅酸素を使用している ☐ 人工透析療法を行っている ☐ 目が（ほとんど）見えない ☐ 耳が（ほとんど）聞こえない
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）車椅子を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	

※ 事務処理欄

所管課	長寿 ・ 介護 ・ 障がい	担当		入力日		宛名番号	
-----	---------------	----	--	-----	--	------	--