

新座市避難行動要支援者登録届出書

令和 6 年 12 月 23 日

(届出先) 新座市長

1～3の項目に同意の上、
チェックしてください。避難行動要支援者支援
綱第4条第1項の規定に基づき、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、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

対象となる方の情報の情報を御記入ください。

① 避難行動要支援者（届出者）情報

氏名	ニイザ タロウ 新座 太郎	生年月日 (年齢)	大正 昭和 平成 令和 西暦	昭和10年11月1日	(89) 歳
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（ ）					
☐ 身体障がい者手帳所持者（1級または2級） ご自身の「電話番号（市外局番から）」、「 「携帯番号」、「町内会の加入状況」を記入し てください。					
電話番号	(048) ×××-〇〇〇〇		携帯電話	090-1111-1111	
町内会名	新座町内会		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	ニイザ イチロウ	続柄	次男
	氏名	新座 一郎		
	住所	埼玉県朝霞市三原		
	電話番号	(048) △△△-〇〇〇〇-1111		

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
お間違えのないよう、必ずご記入く
ださい。

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

介護保険サービス・障がい者福祉サービスのケアプラン等を作成している担当者を記入してください。

事業所名	野火止居宅介護支援事業所	担当者	
------	--------------	-----	--

④ かかりつけ医のいる病院（病院名＋疾患名）

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。

病院名 1	新座医院	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	ノビトメ ハナコ	※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	野火止 花子		
〒	352-0011	※町内会加入者は、災害時に支援可能な方がいる場合は記入し	
住所	新座市 野火止1-1-2	災害時に支援していただける <u>ご近所</u> 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、 <u>地域支援者の選出に時間を要することがあります。</u>	
電話番号	(048) ×××-△△△△		
		携帯電話	

⑥ 特記事項

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。	
☒ 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	
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	長寿 ・ 介護 ・ 障がい	担当		入力日		宛名番号	
-----	---------------	----	--	-----	--	------	--