

裏面に問診あり

同意欄		申請年月日	令和 年 月 日
<p>(宛先) 岡崎市長                  災害時避難行動要支援者は、地域支援者（防災防犯協会、学区福祉委員会、民生委員児童委員の他、地域で定めた支援者等）への情報提供に同意することにより、地域支援者から災害発生時の避難支援や日頃の見守り活動を受ける可能性が高まりますが、同意によって避難行動の支援が必ずなされることを保証するものではなく、また地域支援者は法的な責任や義務を負うものではありません。                  上記の内容を理解し、私が届け出た下記個人情報を市が地域支援者に提出することを承諾します。</p>			
フリガナ 本人氏名	印	フリガナ 代理人氏名	印
岡崎市あんしん見守りキーホルダーの 配付を希望しない場合のみチェックしてください <input type="checkbox"/> 希望しない		代理人住所	〒

記入欄		生年月日	明治・大正 昭和・平成 令和 年 月 日
フリガナ 氏名			
住所	岡崎市	性別	男 女
方書		電話番号	自宅 携帯

※登録する申請欄へ「○印」をつけてください

避難行動要支援者区分※	申請	避難行動要支援者区分※	申請	「⑨その他」の場合は具体的な理由
①ひとり暮らし高齢者		⑤知的障がい者		
②高齢者世帯		⑥精神障がい者		
③介護保険		⑦難病患者		
④身体障がい者		⑧戦傷病者手帳		
		⑨その他		

具体的な身体等の状況・特記事項（利用器具の状況、支援して欲しい事項等）について裏面の問診にお答えいただき、必要であれば追記してください。

緊急時の家族等連絡先（電話番号は自宅の他、携帯電話の番号もお願いします）※※

	フリガナ 氏名	続柄	住所	電話番号
第1			〒	
事務欄				
第2			〒	
事務欄				

※申請書の提出・お問合せ先

- ①②長寿課 23-6147    ③介護保険課 23-6683    ④⑤障がい福祉課 23-6113
- ⑥保健所健康増進課(精神障がい者) 23-6715    ⑦保健所健康増進課(難病患者) 23-6180
- ⑧⑨戦傷病者・その他制度のお問合せ 地域福祉課 23-6851 FAX 23-7987

※※本人の住所は、岡崎市に提出される転居届・転出届によって更新されますので、ご了承ください。

災害時の対応に必要な事項ですので、正確に記載してください

特記事項について、該当するものがあれば番号へ○をつけてください。

- 1 生命を維持するために常用している薬があり、携帯が必要です。  
(薬名: \_\_\_\_\_)
- 2 目が悪いため、音声で呼びかけをしてほしいです。
- 3 耳が聞こえないため、筆談や手話などにより呼びかけをしてほしいです。
- 4 耳の聞こえが良くないので、大きな声で呼びかけてください。
- 5 避難所までの移動に、担架が必要です。
- 6 避難所までの移動に、車いすが必要です。
- 7 歩きに問題はありませんが避難所まで付き添いが必要です。
- 8 人工透析（血液透析、腹膜透析など）を行っています。
- 9 避難所まで酸素ボンベを携帯していきます。
- 10 人工呼吸器が常に必要です。
- 11 避難所で酸素ボンベや酸素濃縮器が必要です。
- 12 避難所でたん吸引が必要です。
- 13 避難所で吸入器（ネブライザー）が必要です。
- 14 ペースメーカー等を使用しているため、携帯電話の利用に配慮が必要です。
- 15 カテーテル留置をしているため、排尿に配慮が必要です。
- 16 人工肛門のためストマ用装具が必要です。
- 17 胃瘻（いろう）や中心静脈栄養のため、食事に対して配慮が必要です。
- 18 食事に対して配慮（きざみ食など）が必要です。
- 19 理解することが苦手なので、わかりやすい言葉で話してください。
- 20 じっとしていることが苦手なので、配慮が必要です。
- 21 こだわりが強いので、配慮が必要です。
- 22 認知症ですので、配慮が必要です。
- 23 精神障がい（精神の不安定、幻聴・幻覚など）に対するフォローが必要です。
- 24 大声を出したり、他害・自傷のおそれがあるので、配慮が必要です。

**入院や介護保険施設入所の方(予定の方)へ**

- 1 入院ですか？施設入所ですか？ (入院・入所) ○をつけてください
- 2 どの病院(あるいは施設)ですか？  
(病院名または施設名) \_\_\_\_\_
- 3 退院などの予定はありますか？ \_\_\_\_\_ 年 月ごろまで

裏面に問診あり

同意欄		申請年月日	令和	4	月	日
(宛先) 岡崎市長 災害時避難行動要支援者は、地域支援者（防災防犯協会、学区福祉委員会、民生委員児童委員の他、地域で定めた支援者等）への情報提供に同意することにより、地域支援者から災害発生時の避難支援や日頃の見守り活動を受ける可能性が高まりますが、同意によって避難行動の支援が必ずなされることを保証するものではなく、また地域支援者は法的な責任や義務を負うものではありません。上記の内容を理解し、私が届け出た下記個人情報を市が地域支援者に提出することを承諾します。						
フリガナ 本人氏名	2	印	フリガナ 代理人氏名	オカザキ ヒデタダ	岡崎 秀忠	印
岡崎市あんしん見守りキーホルダーの配布を希望しない場合のみチェックしてください <input type="checkbox"/> 希望しない			代理人住所	〒444-0000	岡崎市愛知町1番地23	4 3男

フリガナ 氏名	6	オカザキ イエヤス	岡崎 家康	7	生年月日	昭和	平成	9年12月26日
住所	8	岡崎市愛知町1番地23		性別	10	男	女	
方書	9	ハイツあいち101号		電話番号	11	自宅	0564-00-0000	
				携帯			30-0000-0000	

※登録する申請欄へ「○印」をつけてください

避難行動要支援者区分※	申	12	難行動要支援者区分※	申請	「⑨その他」の場合は具体的な理由
①ひとり暮らし高齢者			⑤知的障がい者		・日中はひとり
②高齢者世帯			⑥精神障がい者		13
③介護保険	○		⑦難病患者		
④身体障がい者			⑧戦傷病者手帳		
			⑨その他	○	

具体的な身体等の状況・特記事項（利用器具の状況、支援して欲しい事項等）について裏面の14に答えいただき、必要であれば追記してください。

- ・2012年3月に介護保険3を受けた。
- ・血糖値が高いので下げる薬を6時間ごとに飲んでいる。

緊急時の家族等連絡先（電話番号は自宅の他、携帯電話の番号もお願いします）※※

	フリガナ 氏名	続柄	住所	電話番号
第1	オカザキ ヒデタダ 岡崎 秀忠	3男	〒444-0000 岡崎市日本町1番地111	0564-11-1111 090-1111-1111
事務	15	16	17	18
第2	オカザキ イエヤス 岡崎 信康	長男	〒444-0000 安城市夕日町2番地22	0566-22-2222 090-2222-2222

※申請書の提出・お問合せ先  
 ①②長寿課 23-6147 ③介護保険課 23-6683 ④⑤障がい福祉課 23-6113  
 ⑥保健所健康増進課(精神障がい者) 23-6715 ⑦保健所健康増進課(難病患者) 23-6180  
 ⑧⑨戦傷病者・その他制度のお問合せ 地域福祉課 23-6851 FAX 23-7987  
 ※※本人の住所は、岡崎市に提出される転居届・転出届によって更新されますので、ご了承ください。

災害時の対応に必要な事項です  
ので、正確に記載してください

19

特記事項について、該当するものがあれば番号へ○をつけてください。

- 1 生命を維持するために常用している薬があり、携帯が必要です。  
(薬名: )
- 2 目が悪いため、音声で呼びかけをしてほしいです。
- 3 耳が聞こえないため、筆談や手話などにより呼びかけをしてほしいです。
- ④ 4 耳の聞こえが良くないので、大きな声で呼びかけてください。
- 5 避難所までの移動に、担架が必要です。
- ⑥ 6 避難所までの移動に、車いすが必要です。  
7 歩きに問題はありませんが避難所まで付き添いが必要です。
- 8 人工透析（血液透析、腹膜透析など）を行っています。
- 9 避難所まで酸素ポンペを携帯していきます。
- 10 人工呼吸器が常に必要です。
- 11 避難所で酸素ポンペや酸素濃縮器が必要です。
- 12 避難所でたん吸引が必要です。
- 13 避難所で吸入器（ネブライザー）が必要です。
- 14 ペースメーカー等を使用しているため、携帯電話の利用に配慮が必要です。
- 15 カテーテル留置をしているため、排尿に配慮が必要です。
- 16 人工肛門のためストマ用装具が必要です。
- 17 胃瘻（いろう）や中心静脈栄養のため、食事に対して配慮が必要です。
- ⑧ 18 食事に対して配慮（きざみ食など）が必要です。
- 19 理解することが苦手なので、わかりやすい言葉で話してください。
- 20 じっとしていることが苦手なので、配慮が必要です。
- 21 こだわりが強いので、配慮が必要です。
- 22 認知症ですので、配慮が必要です。
- 23 精神障がい（精神の不安定、幻聴・幻覚など）に対するフォローが必要です。
- 24 大声を出したり、他害・自傷のおそれがあるので、配慮が必要です。

入 20 護保険施設入所の方(予定の方)へ

- 1 入院ですか？施設入所ですか？ (入院)・入所 ) ○をつけてください
- 2 どの病院(あるいは施設)ですか？ 岡崎市民病院  
(病院名または施設名) \_\_\_\_\_
- 3 退院などの予定はありますか？ 令和元年10月ごろまで

## 災害時避難行動要支援者登録申請書の書き方

- ① 申請年月日は、市が受付を受理した日ですので、民生委員児童委員等をお願いした場合は、空欄にしてください。
- ② 本人が記名押印をしてください。ただし、本人の申請書記載が困難である場合は、③代理人欄に記名押印してください。その場合は本人欄は不要（空欄）です。
- ③ 家族、親戚、民生委員児童委員、担当ケアマネジャー、包括支援センター職員等が本人の依頼により代理申請をする場合には、この欄に記名押印してください。
- ④ 弟、子の妻のほか〇〇地区民生委員、〇〇ケアマネジャーなど、申請者と代理人との関係を具体的に記入してください。
- ⑤ 岡崎市あんしん見守りキーホルダー（外出先で倒れたときなどの緊急時に、警察や消防が見守りナンバーから本人確認や緊急連絡をすることができます。）の配布を行っています。キーホルダーは登録翌月の中旬頃にご自宅に郵送します。**配布を希望しない場合のみチェックしてください。**
- ⑥ 災害時避難行動要支援者本人の氏名、フリガナを記入してください。
- ⑦ 災害時避難行動要支援者本人の生年月日を記入してください。
- ⑧ 災害時避難行動要支援者本人の住所を記入してください。
- ⑨ 災害時避難行動要支援者本人の住所のうち方書を記入してください。
- ⑩ 災害時避難行動要支援者本人の性別を記入してください。
- ⑪ 災害時避難行動要支援者本人の自宅・携帯電話の電話番号を記入してください。
- ⑫ 災害時避難行動要支援者本人の該当するものに○を記入してください。複数入れてもかまいませんし、入れたくない欄には入れなくてもかまいません。また、『その他』に○をつけた方は、その具体的な内容を右欄の⑬に記入してください。
- ⑬ 『その他』に○をつけられた場合は、「介護認定が要介護3に満たないが心配」「身体障がい者手帳は4級だが歩けない」等具体的な内容を記入してください。
- ⑭ 避難所への移動および避難所で支援して欲しい具体的な内容を裏面の問診で記入してください。問診に無い内容で、具体的な状態や使用している器具、必要な薬（具体的な薬品名や製品名でなく「血糖値を下げる薬」など目的がわかるように）など、特に申告したいことがあれば、ここに記入してください。
- ⑮ 家族や親戚だけでなく知人、隣人、民生委員、ケアマネジャー等緊急時に連絡ができる方を記入してください。記載する方には、申請者（代理申請者）等が**必ず了解を取ってください**。また可能ならば、**複数の方を記入してください**。
- ⑯ 続柄は具体的に記入してください。
- ⑰ 緊急連絡先のかたの住所を記入してください。ケアマネジャー等事業所に所属している場合は、事業所の住所を記入してください。
- ⑱ 緊急連絡先のかたの連絡先を記入してください。ケアマネジャー等事業所に所属している場合は、事業所の電話番号を記入し、可能ならば担当者の携帯番号を記入してください。
- ⑲ 現在の心身状態に該当する番号へ○印をつけてください。
- ⑳ 入院又は介護施設入所している（する予定）場合、施設名や退院（退所）予定を記入してください。