

安城市避難行動要支援者名簿情報提供同意書兼個人台帳

どちらかに☑を付けてください。

私は、以下の内容(表面を除く。)を平常時から避難支援等関係者(自主防災組織、避難支援センター、地域支援者及び警察)に提供すること及び内容に変更が生じた場合における同意をします。

☐ 同意します。 ☐ 同意しません。理由

☐ 自分一人で避難できるため ☐ 家族等の支援により避難できるため ☐ その他 例:入所・入院のため

同意しない場合はいずれかに☑をつけて下さい。その他の場合は具体的に理由を記入してください。

本人署名ができない場合は記入してください。

令和 〇年 〇月 〇日

代理人住所

本人氏名 安城 太郎 (※1)

代理人氏名 (※2) (続柄)

※1 本人(代理人)が手書きしない場合は、記名押印してください。

※2 代理人本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

高齢者

☐ひとり暮らし ☐寝たきり ☐認知症

要介護 ☐3 ☐4 ☐5

☐日中 ☐夜間

障害者

☐肢体障害 2級

☐知的A ☐精神1級

☐難病1種()

その他()

町内会

〇〇町内会

民生委員氏名

フリガナ

アンジョウ タロウ

性別

男・女

血液型

A・B
O・AB

生年月日

大正 平成 昭和 令和

10 年 10 月 10 日

氏名

安城 太郎

住所

安城市桜町18番23号

家族構成

本人を含む 2 人

電話

自宅

0566-12-3456

要支援者本人による意思確認等ができない場合の連絡先を記入してください。ここに記入した方へ地域支援者の役割をお願いするものではありません。

緊急時連絡先

フリガナ氏名

続柄

電話番号

自宅

携帯

①

アンジョウ イチロウ
安城 一郎

子

☎

0566-12-3456

☎

②

アンジョウ ハナコ
安城 花子

姪

☎

☎

080-0000-0000

災害時の避難予定場所(避難所)

第1候補

地域支援者(隣近所・福祉委)

住所

フリガナ氏名

世帯主

電話

住所

フリガナ氏名

世帯主

電話

避難所一覧から選んで記入してください。第2候補は必要に応じて記入してください。地域での集合場所(公園、広場、町内公民館等)は裏面特記事項欄に記入してください。

ご近所の方などにお声がけいただき、できるだけ記入してください。地域支援者の役割については、別紙チラシを参考に、ご説明いただくようお願いいたします。

フリガナ氏名

世帯主

フリガナ氏名

世帯主

電話

電話

この台帳に関する情報は、災害発生時に地域の援護により生命等の安全を図るもののほか、日頃の支援活動に利用するものであり、それ以外の用途に使用することや情報を漏らすことを禁止します。

作成

年 月 日

変更

年 月 日

理由

廃止

年 月 日

理由

整理番号

個人CD

安城市長

福祉部長

裏面あり

問合せ先 安城市役所 福祉部 社会福祉課

電話0566-71-2262

緊急時連絡票

令和 年 月 日作成

日更新

「緊急時連絡票」についても下記の関係者に提供してもよろしければ署名してください。

私は、以下の内容（表面を除く。）を「平時から避難支援等関係者（自主防災組織、町内会、民生委員、社会福祉協議会、地域包括支援センター、地域支援者及び警察）に提供すること及び内容に変更が生じた場合において随時提供し直すことに同意します。

本人又は代理人の署名

※本人又は代理人が手書きしない場合は、記名押印してください。

※必要に応じて記入してください。

普段の状態	☐ 自立（良好） ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ マヒ（ ☐ ） ☐ 人工透析
現病名	☐ 高血圧 ☐ 肝疾患 ☐ 心疾患 ☐ 呼吸器疾患
既往歴	☐ 高血圧 ☐ 肝疾患 ☐ 心疾患 ☐ 呼吸器疾患 ☐ 脳梗塞 ☐ その他（ ☐ ）
過去の大きな病気・手術歴	病名 時期
かかりつけ医	〇〇クリニック （ 安城 市 〇〇 町 ） （ ☐ 市 ☐ 町）
かかりつけ病院	☐ 安城更生病院 ☐ 八千代病院 ☐ 刈谷豊田総合病院 ☐ 碧南市民病院 ☐ その他（ ☐ ）
利用する介護事業所	〇〇〇サービス 電話
担当のケアマネージャー又は相談支援員	事業所名 担当者名 電 話

特記事項（必要な保険、医療・福祉サービス）

地域の避難のルールや、ご自身の体の状態、必要なケアなど、上記以外で必要事項があれば、記入してください。

※定期的に更新してください。
※薬剤情報提供書の写しなども併せて「安心キット」に入れてください。