

「戸田市避難行動要支援者避難支援制度」登録兼変更届出書

(宛先)

戸田市長

下記個人情報の情報提供（平時及び災害時）に同意することにより、災害時における避難支援を受けられる可能性が高まりますが、避難支援を保証するものではありません。

以下の該当する欄にチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/> 登録	上記事項を理解し、災害時に避難の支援、安否の確認、その他生命又は身体の保護を受けるために、下記内容を市関係部局及び戸田市地域防災計画に定める避難支援等関係者へ提供することに同意し、「戸田市避難行動要支援者避難支援制度」へ登録することを希望します。
<input type="checkbox"/> 変更	登録した情報に変更がありましたので届け出ます。（変更がある項目を記載してください。）
<input type="checkbox"/> 同意の取りやめ	登録届出書により同意した情報の提供について同意を取りやめます。 ※施設への入所や市外転居の他、登録区分のいずれにも該当しなくなった場合も含まれます。

届出日 年 月 日

届出者

代理届出者（本人以外が代筆する場合記入してください。）

代理人
住所

代理人
氏名
代理人
電話

届出者から見た関係

1. 届出者（避難行動要支援者）の情報 ★必須

ふりがな		性別		〒335-
氏名		住所		戸田市
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日	電話		

2. 登録区分（あてはまる項目をすべて○で囲んでください。） ★必須

1. 75歳以上のひとり暮らし	2. 75歳以上の高齢者のみの世帯
3. 要介護認定(要介護5・要介護4・要介護3)	
4. 高齢者サービスの利用（食事・訪問理美容・移送・緊急時連絡システム）	
5. 日中は一人で生活することの多い高齢者（日中独居）	6. 身体障害者手帳総合等級（1級・2級）
7. 療育手帳（A・A・B）	8. 精神障害者保健福祉手帳（1級・2級）
9. 障害者サービスの利用（食事・緊急時連絡システム）	10. その他、市長が必要と認める者

※施設に入所されている方は対象となりませんので、ご了承ください。

※登録の区分に応じて、手帳等の写しを登録届出時に提出してください。

3. 家族構成・同居情報等 ★必須

同居の家族	有・無	人	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 子（ 人）
			<input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他（ ）

4. 住居情報 ★必須

住居形態	戸建・集合住宅	オートロックの有無 ※集合住宅の場合	有・無	エレベーターの有無 ※集合住宅の場合	有・無	居住階 ※集合住宅の場合	階
------	---------	-----------------------	-----	-----------------------	-----	-----------------	---

5. 緊急時連絡先

1	ふりがな		届出者 から みた 関係	連絡が 取れる 電話 (携帯 電話等)	
	氏名				
	住所	〒			
2	ふりがな		届出者 から みた 関係	連絡が 取れる 電話 (携帯 電話等)	
	氏名				
	住所	〒			

6. 必要な医療機器・器具（日頃から使用している医療機器）

①	(電源)	②	(電源)
	要・不要		要・不要

7. 常用薬（日頃から服用している薬や頓服薬等）※お薬手帳等の写しでも可

①	②	③
---	---	---

8. 配慮事項 **★必須**

聴覚	<input type="checkbox"/> 日常生活に問題なし <input type="checkbox"/> 聞き取りづらい <input type="checkbox"/> 文字など視覚で伝えてほしい		
歩行	可・否	<input type="checkbox"/> 自力で歩行可 <input type="checkbox"/> 介助者がいれば歩行可能 <input type="checkbox"/> 車いすが必要 <input type="checkbox"/> ストレッチャーが必要	
車いすの使用	自己所有 別途必要 不要	<input type="checkbox"/> 電動車いす <input type="checkbox"/> 折りたたみ車いす <input type="checkbox"/> 自走可 <input type="checkbox"/> 自走不可	
車の使用	要・不要	<input type="checkbox"/> 普通乗用車 <input type="checkbox"/> リフトなし福祉車両 <input type="checkbox"/> リフト付き福祉車両	
ベッド	要・不要	食事形態 アレルギー	
排泄	<input type="checkbox"/> 自力で可 <input type="checkbox"/> 介助者が必要 <input type="checkbox"/> おむつ使用 <input type="checkbox"/> ストマ使用		

9. 避難支援者（届出者の安否確認や避難支援などを行ってくれる方）

親族、近隣者などをお願いし、1人でも多く記載してもらってください。

※避難支援者ご本人に必ず記載してもらってください。

※避難支援者の方は本欄への記載をもって、この届出者の「避難支援者」として、下記の個人情報を市関係部局及び戸田市地域防災計画で定める避難支援等関係者へ、情報提供することに同意したものと取り扱います。

※市職員及び避難支援等関係者が必ず避難支援に駆けつけることを保証するものではありません。

1	ふりがな		住所	〒	電話	
	氏名					
	区分	1. 親族 2. 近隣者 3. 町会・自治会関係者 4. 民生委員 5. その他（ ）				
2	ふりがな		住所	〒	電話	
	氏名					
	区分	1. 親族 2. 近隣者 3. 町会・自治会関係者 4. 民生委員 5. その他（ ）				

10. 利用中の福祉サービス事業者

11. かかりつけ医

1	事業所名		電話		1	医療機関名		電話	
2	事業所名		電話		2	医療機関名		電話	

12. 避難先等 **★必須**

避難を考えている一般避難所 (学校、福祉センターなど)	
--------------------------------	--

13. その他

町会・自治会加入の有無	有・無	町会名・自治会名	
-------------	-----	----------	--

特記事項 (身体状況や、 障害の程度、 日常生活の 様子など)	
---	--

市役所使用欄

受付	担当		日付	
----	----	--	----	--

入力	担当		日付	
----	----	--	----	--