

記入例

避難行動要支援者(要配慮者)台帳 登録申請書

登録番号

私は避難行動要支援者(要配慮者)台帳への登録申請について、下記のとおり希望します。

登録を希望します

登録を希望しません

長期入院中のため
必要ありません

施設入所中のため
必要ありません

※該当理由の番号に○をしてください

1. 自力で避難できるため
2. 家族の支援を受けられるため
3. その他 ※理由を記入

入院中の病院名、または入所施設名

下記に署名をお願いします

署名:

※これより下は、登録を

個人情報開示に関する同意欄

私は、次の事項に同意します。

- (1) 地域の減災に向けた体制作りを目的に、台帳に登録された私の情報を平常時から下記の組織が共有すること。
※南国市で把握している世帯構成、介護保険要介護認定、障がい者手帳及び療育手帳の情報も共有します。
- (2) 下記の組織で保有する情報(台帳登録事項に限る)が今後台帳に登録されること(更新に際しても同様)。
・市関係部署(福祉事務所・危機管理課・長寿支援課・保健福祉センター・消防本部)
・地域支援者(自主防災組織・民生児童委員・消防団)
・南国市社会福祉協議会
・南国市地域包括支援センター
- (3) 南国市が定める避難行動要支援者に該当すると情報共有すること。

令和 年 月 日

登録者氏名

代理記入者氏名

登録を希望しない場合、
長期入院・施設入所中の場合は
この太枠内のみ記入してください。

代理記入の場合は、記入者の
氏名、登録者との続柄のご記入
をお願いします。

登録者との続柄()

上記の同意欄に記入後、以下より、登録内容をご記入ください。

1. 登録者について

フリガナ氏名	ナノク タロウ 南国 太郎	(男・女)	生年月日	大正 / 昭和 平成 / 令和 9 年 1 月 1 日
住所	〒783-XXXX 南国市●●町●●番地●● アパート●●●●号室	血液型	A / B / O / AB	
自宅の状況	昭和56年6月1日以降に建築 (昭和56年)			
電話	088-XXXX-XXXXXX	携帯電話		
FAX	なし	Eメールアドレス	●●●●●@●●●●●.ne.jp	
特記事項 (該当する番号すべてに○)	1 日中一人暮らし 2 杖等の歩行補助具を使用 3 車椅子使用 4 寝たきり 5 人工呼吸器/酸素療法 6 人工透析 7 吸引器(電源必要) 8 自分で、災害や避難の必要性を判断できない(理解できない) 9 特定疾患(難病)			

該当する方は、それぞれの項目
に○印の記入をお願いします。

2. 同居者(同居者がいる場合は全員ご記入ください。同居者がいない場合は空白でかまいません。)

1	氏 名	続 柄	生 年 月 日	3	氏 名	続 柄	生 年 月 日	
	南国 花子	妻	S15. 1. 1				.	.
2			.	4			.	.

3. 利用中の介護保険・障害福祉等のサービス計画作成事業所について(該当する場合)

サービス計画作成事業所

事業所名(ケアマネジャーや相談支援員等の事業所)

居宅介護支援事業所●●●

記入例

4. 緊急時の連絡先について(市内外は問いません。どなたかを必ずご記入ください。)

※この情報を避難支援組織(個人情報開示に関する同意欄(2)を参照)に提供することについて、同意を得た上で記入してください。

フリガナ	ナンコク リョウマ	続柄	フリガナ		続柄
氏名	南国 竜馬	子	氏名		
住所	〒783-XXXX 南国市●●●××番地×号		住所	〒	
電話番号	088-▲▲▲-▲▲▲▲	携帯電話番号	090-▲▲▲▲-▲▲▲▲	電話番号	
Eメールアドレス			Eメールアドレス		
●●●●@●●●●.ne.jp					

5. 災害時に避難を支援してくれる方について(できる限りご記入ください)

※この情報を避難支援組織(個人情報開示に関する同意欄(2)を参照)に提供することについて、同意を得た上で記入してください。

フリガナ	ナンコク リョウマ	続柄	フリガナ	ゴメン タロウ	続柄
氏名	南国 竜馬	子	氏名	後免 太郎	近所
住所	〒783-XXXX 南国市●●●××番地×号		住所	〒783-XXXX 南国市●●●××番地	
電話番号	088-▲▲▲-▲▲▲▲	携帯電話番号	090-▲▲▲▲-▲▲▲▲	電話番号	
Eメールアドレス			Eメールアドレス		
●●●●@●●●●.n					



避難時に手助けをしてくれる方をご記入ください。(※ただし、関係者に情報共有されるため、記入する際には承諾を得てからご記入ください。)

6. かかりつけの医療機関について

※服用薬については、主治医と相談の上、

1	医療機関名： 〇〇病院	治療中の病名等： 認知症
2	医療機関名： ××クリニック	治療中の病名等：



避難時や避難先のことを想像して、できる限り具体的にご記入ください。
また、ご家族や地域で決めている避難場所があればご記入ください。

7. 災害時の避難支援について

※避難時に必要な日用品(オムツ・補聴器)

※避難時に杖等の歩行補助具や車椅子

声掛け・会話をする際の留意事項

補聴器が必要、補聴器は玄関に備えている。

難しい言葉が聞き取りにくいので、短くかんたんな言葉で声掛けする必要がある。

避難する際に必要な支援の内容(必要補助用具など)

杖があれば自力で移動が可能。

お薬手帳と予備のお薬、杖と補聴器は玄関に備えている。

避難先での留意事項(支援内容)

トイレが間に合わないことがある。
(非常用袋にリハビリパンツとパッドを入れている)

避難場所

風水害時

自宅

震災時

●●公民館