

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

この避難行動要支援者(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:

※以上で記入箇所は終了です。地域福祉支援係へご提出ください。

※これより下は、登録を希望しない場合、

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、台帳登録情報(氏名、住所、生年月日、性別、電話番号、FAX番号、メールアドレス、写真)を、
※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・こども家庭センター・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場合、上記の組織と情報共有すること。

令和 7 年 10 月 1 日

登録者氏名 南国 太郎

代理記入者氏名 南国 竜馬

登録者との続柄(子)

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。

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	ナンコク タロウ 南国 太郎	(男・女)	生年 月 日	大正 / 昭和 9 年 1 月 1 日 平成 / 令和
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			
電 話	088 - XXXX - XXXXX			
F A X	なし			
特記事項 (該当する □に✓を 記入)	☐ 日中一人暮らし ☒ 杖等の歩行補助具を使用 ☐ 車椅子使用 ☐ 寝たきり ☐ 人工呼吸器/酸素療法 ☐ 人工透析 ☐ 吸引器(電源必要) ☒ 災害や避難の必要性を判断できない(理解できない) ☐ 特定疾患(難病) ☒ 食料などの備蓄が3日以上ある ☐ 地域の防災訓練に参加したことがある			

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。)

	氏 名	続 柄	生 年 月 日		氏 名	続 柄	生 年 月 日
1	南国 花子	妻	S15. 1. 1	3			..
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		携帯電話番号		電話番号	
088-▲▲▲-▲▲▲▲		090-▲▲▲▲-▲▲▲▲			
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	
電話番号		電話番号			
088-▲▲▲-▲▲▲▲		090-▲▲▲▲-▲▲▲▲			
Eメールアドレス		Eメールアドレス			
●●●●●@●●●●●.ne.jp					



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、余裕をもって備え、避難時はお薬手帳と一緒に持参するようにしましょう。

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	



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

- ☐ 問題なし ☒ 耳が聞こえづらい ☐ 目が見えづらい ☐ 言葉が話しづらい(言葉が出にくい)
☐ 避難が必要な時に声をかけてほしい ☒ 話すときは簡単な言葉を使ってほしい

補聴器が必要、補聴器は玄関に備えている。

避難する際に必要な支援の内容(必要補助用具など)

- ☐ 自宅で避難する ☒ 自分で、もしくは家族の支援を受けながら避難所まで行くことが可能
☐ 避難の時は支援が必要… 支援の内容()
☒ 移動の際は道具を使用… ☒ 杖 ☐ 車椅子 ☐ 歩行器 ☐ シルバーカー(押し車) ☐ その他()

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)

- ☐ 支援は必要ない ☐ 医療機器を使用するための電源が必要
☐ 集団での生活が難しい
理由: ☐ パニックになる ☐ 大声で叫ぶ ☐ 落ち着きがない ☐ 他()
☒ 日常生活に介護が必要
(☐ おむつ交換 ☐ トイレ介助 ☐ 移動介助 ☒ その他(**パッドの交換**))

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
☐ 避難所など
(場所:)

震災時

- ☐ 自宅
☒ 避難所など
(場所: **●●公民館**)