

避難行動要支援者登録申請書兼個別計画変更届

柏崎市長 様

避難行動要支援者台帳に登録した内容に変更が生じたため届出します。

なお、私は、引き続き災害発生時に地域の支援を受けたいので、下記の内容を避難行動要支援者台帳に登録するとともに、この変更した情報を避難支援等関係者（地区コミュニティ振興協議会、自主防災組織（自主防災組織が結成されていない地域は町内会）、民生・児童委員、消防団）及び市の防災部局・福祉部局に平常時から提供されることに同意します。

申請年月日 年 月 日

(申請者)

氏名

※本人が自署できない場合は、代筆者が署名し、
代筆者について右欄に記入してください。

代筆者(代筆の場合のみ記入してください)

住所

氏名

連絡先

申請者との続柄

登録内容を確認し、をつけてください。

 登録内容に変更なし 登録内容に変更あり

変更がある場合は、変更後の欄に変更する内容のみお書きください。

区分	変更前	変更後
氏名		
住所		
電話		
支援が必要な理由	<p>該当に<input checked="" type="checkbox"/>をつけ、要介護・身体障害の場合は、区分に○を付けてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 要介護認定 介護度(3・4・5)</p> <p><input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳(1級・2級)</p> <p><input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 1級</p> <p><input type="checkbox"/> 療育手帳A</p> <p><input type="checkbox"/> 難病患者</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p>	<p><input type="checkbox"/> 要介護認定 介護度(3・4・5)</p> <p><input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳(1級・2級)</p> <p><input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 1級</p> <p><input type="checkbox"/> 療育手帳A</p> <p><input type="checkbox"/> 難病患者</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p>
避難所		

世帯状況		<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみ <input type="checkbox"/> その他	<table border="1"> <tr> <td>本人含む</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>日中</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>夜間</td> <td>人</td> </tr> </table>	本人含む	人	日中	人	夜間	人	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみ <input type="checkbox"/> その他	<table border="1"> <tr> <td>本人含む</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>日中</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>夜間</td> <td>人</td> </tr> </table>	本人含む	人	日中	人	夜間	人
本人含む	人																
日中	人																
夜間	人																
本人含む	人																
日中	人																
夜間	人																
身体状況		<input type="checkbox"/> 寝たきり(歩行できない) <input type="checkbox"/> 車いす(歩行できない) <input type="checkbox"/> 足が不自由 <input type="checkbox"/> 目が不自由 <input type="checkbox"/> 耳が不自由 <input type="checkbox"/> 避難の判断が困難 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 寝たきり(歩行できない) <input type="checkbox"/> 車いす(歩行できない) <input type="checkbox"/> 足が不自由 <input type="checkbox"/> 目が不自由 <input type="checkbox"/> 耳が不自由 <input type="checkbox"/> 避難の判断が困難 <input type="checkbox"/> その他()													
避難時に必要な支援		<input type="checkbox"/> 避難所までの搬送 <input type="checkbox"/> 避難所までの付添い <input type="checkbox"/> 避難時の声かけ <input type="checkbox"/> 避難所への避難困難 (人工呼吸器や人工透析が必要など)		<input type="checkbox"/> 避難所までの搬送 <input type="checkbox"/> 避難所までの付添い <input type="checkbox"/> 避難時の声かけ <input type="checkbox"/> 避難所への避難困難 (人工呼吸器や人工透析が必要など)													
持っている器具		<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 特になし		<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 特になし													
特記事項																	
緊急連絡先 (親族) 1	氏名																
	住所																
	電話																
	続柄																
緊急連絡先 (親族) 2	氏名																
	住所																
	電話																
	続柄																
1 地域支援者	氏名																
	住所																
	電話																
2 地域支援者	氏名																
	住所																
	電話																