

# 「災害時要援護者台帳登録申請書・個別計画」の記入要領

## 1. 台帳登録の意思確認及び台帳開示に関する同意欄 の記入について

平成24年6月の災害対策基本法の改正により、「避難行動要支援者名簿（以下、「台帳」と記載）」を市が作成することが義務付けられました。八幡市では、八幡市地域防災計画の中で、これまで整備を進めてきた八幡市災害時要援護者支援対策事業における要支援者名簿を読み替えることとしています。

登録された台帳は、本人の同意に基づき、市の関係部署、消防機関、警察本部、自治会、民生児童委員協議会、社会福祉協議会、自主防災組織、社会福祉事業者、避難支援者等（以下、「各関係機関」と記載）に提供することになっています。特に災害時には、本人の同意の有無に係らず、各関係機関に台帳の情報提供を行い、災害時の迅速な対応に活用することになります。

**◎上記を確認したうえで、台帳登録を希望し、関係機関への情報共有に「同意」される方は、次をお読みください。（「同意」できない場合は、担当課までご連絡ください。ご説明をさせていただきます）**

申請書の同意欄に、登録者本人の住所、氏名をご記入ください。また、忘れずに捺印をお願いします。（それにより、「同意」されたと判断いたします）

登録者本人が記載できない状況にある場合は、代理人でも構いません。代理人となる方は、親族もしくは法定代理人をお願いします。その際は、代理人欄に、住所、氏名、続柄の記入と捺印をお願いします。



## 2. （登録内容記入欄）の記入について

必要事項を記入し、同封の返信用封筒（災害時要援護者支援対策事業用）により返送してください。また、来所での受け付けも行っております。

台帳への登録申請は、本人の意思に基づき行っていただきます。ただし、台帳登録者ご本人が申請書に記入することが困難な場合、同居の家族または親族等が代筆してください。（その際は、代理人申請として、同意欄に記入、捺印願います）

### 1. 台帳登録者 ……………（表面）……………

台帳登録者・・・台帳登録者ご本人の氏名（ふりがなは必ず記入）、性別、生年月日、住所、電話番号、携帯番号、FAX 番号、血液型、メールアドレスを記入してください。

家族構成・・・本人を含む家族構成、同居者の人数を記入してください。

要援護者区分・・・該当する項目の□に✓印を、（ ）内の項目に○印をしてください。  
その他（ ）内に具体的な内容を記入してください。

家族等連絡先・・・緊急時に連絡する家族等の氏名（ふりがな）、続柄、住所、電話番号、携帯番号を記入してください。1名でも構いません。

自治会加入状況・・・該当する項目の□に✓印をお願いします。自治会に加入されている場合は、（ ）内に自治会名を記入してください。

## 2. 避難支援者 ..... (裏面) .....

災害時に避難所への避難支援などにご協力いただける方を近隣で見つけてください。ご本人の了解を得た上で、氏名（ふりがな）、生年月日、住所、電話番号、携帯番号を記入してください。

関係は、台帳登録者との関係を記入してください。近隣者以外の場合は、その他に✓印をしていただき、（ ）内には台帳登録者との関係を記入してください。

避難支援者は、緊急時にすぐに支援ができるよう、できる限りご近所にお住まいの複数の方をお願いしてください。



◎もし、避難支援者を見つけることができなくても、ご登録いただけます。

避難支援者を見つけられない場合には、自治会に加入されている方は自治会が、自治会未加入の場合や自治会未組織地域にお住まいの方は、民生児童委員協議会がご自宅を訪問するなどし、避難支援者の確保ができるよう相談することができます。

## 3. 居住等の状況 ※わかる範囲で記入してください。

建物の構造等、建物の用途・・・該当する項目の□に✓印をしてください。

住まいの状況・・・普段いる部屋（例：1階の居間）、寝室の位置（例：2階の和室）を記入してください。

緊急通報システム利用（シルバーライフライン）有無  
・・・該当する項目の□に✓印をしてください。



## 4. その他の事項 ※わかる範囲で記入してください。

かかりつけの医療機関・・・かかりつけの医療機関を記入してください（複数可能）。

治療中の疾患や治療内容等・・・わかる範囲で記入してください。

特記事項・・・支援を受ける場合に配慮してほしいこと、日常的に必要なもの、保健・医療・福祉介護サービス、心身の状態等を記入してください。

### ■ 問い合わせ

八幡市役所 福祉部 福祉総務課（内線 743）

Tel. 075-983-1111(代)、Fax. 075-983-1371

災害時要援護者台帳登録申請書・個別計画

台帳登録の意思確認及び台帳開示に関する同意欄

同意の内容になります。よく読んでから署名をお願いします。

八幡市長 様

私は、災害が発生した場合に安否確認や避難など地域からの支援を必要とするので、災害時要援護者台帳への登録申請及び個別支援計画の作成を希望します。

また、私が届け出た下記の個人情報をも市の関係部署、消防本部、自治会・町内会、民生・児童委員、避難支援者に提供すること、及び災害時には必要に応じて、その他台帳登録制度に係る行政機関等に提供し、災害時要援護者支援のために活用されることに同意します。

同意日を記入してください。平成 年 月 日

登録者住所 八幡市 〇〇〇〇〇 番地

代理人住所

ご本人以外の方が申請書を提出する場合は記入してください。

登録者氏名 八幡太郎 印

代理人氏名

印 (続柄)

1. 台帳登録者

捺印を忘れずにお願います。登録内容記入欄)

親族もしくは法定代理人がご記入ください。

ふりがな	やわた たろう	性別	生 年 月 日
氏 名	八幡太郎	男・女	明大・昭・平・西暦 〇〇年〇〇月〇〇日 (〇〇歳)
住 所	〒 614 - 〇〇〇〇 八幡市 〇〇〇〇〇〇〇〇 番地		
電話番号	075-983-△△△△	血液型	A・B・AB・O Rh+・Rh-
FAX番号	075-983-△△△△	家族構成 (本人含む)	本人、妻(2人)
携帯番号	090-△△△△-△△△△	メールアドレス	△.△△△@△△.△△△.△△

[★要援護者区分] 該当するもの□に✓印を、項目に○をつけてください。

- 日常的に支援を必要とする人で、75歳以上の高齢者のみの世帯
- 要介護認定者(要介護 3, 4, 5)
- 身体障害者手帳
  - ・体幹 (1級・2級)
  - ・上肢 (1級・2級)
  - ・下肢 (1級・2級)
  - ・視覚 (1級・2級)
  - ・聴覚 (2級)
  - ・内部 (1級・2級)
  - ・その他重複 (1級・2級)
- 療育手帳(A判定)
- 精神障害者保健福祉手帳 (1級)
- その他 (狭心症、腎臓透析、糖尿病)

該当するもの全てに✓印を、項目に○をつけてください。

(緊急時の連絡先)	(ふりがな) 氏名	やわた いちろう 八幡 一郎	(続柄) 長男
	住 所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県 〇〇市 〇〇〇〇〇 番地	
	電話番号	(自宅) △△△-△△△-△△△△ (携帯電話) 090-△△△△-△△△△	
	(ふりがな) 氏名	やわた はなこ 八幡 花子	(続柄) 長女
	住 所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県 〇〇〇郡 〇〇〇町 〇〇〇〇〇 番地	
	電話番号	(自宅) △△△-△△△-△△△△ (携帯電話) 090-△△△△-△△△△	

2人いない場合は、1人でも構いません。

自治会等加入状況	<input checked="" type="checkbox"/> 加入 (自治会名: 〇〇〇自治会) <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 自治会等がない
----------	---

自治会名を忘れずにご記入ください。 番号

※以下の欄は、わかる範囲でご記入ください。

原則、避難支援者2名以上見つけてください。  
無理な場合は、1名でも構いません。

2. 避難支援者

※避難支援者は、すぐに駆けつけることができる近隣住民の方などが望ましく、ご本人の了解を得てご記入ください。(避難支援者は2名以上が必要です。)  
なお、避難支援者が選定できなくても、台帳にはご登録いただけます。  
※ 該当する□に✓印をしてください。

	(ふりがな)氏名	きょうと ○ こ 京 都 ○ 子 (昭和50年1月31日生)	関 係	<input checked="" type="checkbox"/> 近隣者 <input type="checkbox"/> その他( )
	住 所	〒614-0000 八幡市 ○ ○ ○ ○ ○ ○ 番地	電話番号	983-△△△△
②	(ふりがな)氏名	しが ○ こ 滋 賀 ○ 子 (昭和10年4月 1日生)	関 係	<input checked="" type="checkbox"/> 近隣者 <input type="checkbox"/> その他( )
	住 所	〒614-0000 八幡市 ○ ○ ○ ○ ○ ○ 番地	電話番号	983-△△△△
③	(ふりがな)氏名	おおさか ○ ろう 大 阪 ○ 郎 (昭和25年12月24日生)	関 係	<input type="checkbox"/> 近隣者 <input checked="" type="checkbox"/> その他( 親戚 )
	住 所	〒614-0000 八幡市 ○ ○ ○ ○ ○ ○ 番地	電話番号	983-△△△△
			携帯電話	090-△△△△-△△△△

3. 居住等の状況

※ 該当する□に✓印をしてください。

建物の構造等	<input checked="" type="checkbox"/> 木造(2階建て) <input type="checkbox"/> 鉄筋コンクリート造( 階建て) <input type="checkbox"/> 鉄骨造( 階建て)
建物の用途	<input checked="" type="checkbox"/> 一戸建て住宅 <input type="checkbox"/> 共同住宅
住まいの状況	普段いる部屋(1階の 居間)・寝室の位置(2階の 和室)
緊急通報システム利用(シルバーライフライン)の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし

4. その他の事項

わかる範囲で、かかりつけ医師の診療科目を記入してください。

かかりつけの医療機関(複数可能)	名 称	○ ○ ○ ○ ○ ○ 医 院	電話番号	075-△△△-△△△
	所在地	八幡市 ○ ○ ○ ○ ○ ○ 番地	担 当 医	○ ○ ○ ○ 医師(内科)
	名 称	○ ○ ○ ○ ○ ○ 病 院	電話番号	075-△△△-△△△△
	所在地	八幡市 ○ ○ ○ ○ ○ ○ 番地	担 当 医	○ ○ ○ ○ 医師(腎臓)
	名 称	枚方 ○ ○ ○ ○ 病 院	電話番号	072-△△△-△△△△
所在地	大阪府枚方市 ○ ○ ○ ○ ○ ○	担 当 医	○ ○ ○ ○ 医師(耳鼻咽喉科)	

治療中の疾患や治療内容等

・糖尿病と狭心症の薬を常用している。  
・人工透析を受けている。(週1回通院)

服薬状況、通院状況、治療中の疾患を記入してください。

特記事項 (要援護者自身の状況や必要な支援・配慮してほしいこと等についてご記入ください)

- ・本人は要介護4で歩行困難、車イスで移動している。
- ・聴覚障害のため、FAXか、直接的な伝達(筆記など)が必要である。
- ・月、木曜日は○○○のデイサービスを利用し、日中は不在である。

歩行の状況、避難時に配慮すべきこと(歩行状況、障がい状況、日常生活の自立度など)を記入してください。  
各種福祉サービスを受けておられる場合は、場所(連絡先)、曜日、時間帯などを記入してください。

(福祉総務課記入欄) ※下記の避難場所欄は、記入不要です。

避 難 場 所	指定避難所	福祉避難所
---------	-------	-------