

避難行動要支援者名簿掲載申請書兼名簿情報提供に関する同意確認書

松江市長 あて

わたしは、下記の理由により災害時に支援が必要なため、避難行動要支援者名簿への登録を希望します。

記入日	年	月	日
-----	---	---	---

■ 避難支援等を必要とする理由

--

■ 申請者情報

フリガナ		固定	0852-	携帯	
本人署名		電話	() -	電話	()
※代筆可					
代筆者氏名		連絡先	()		

■ 在宅状況・避難支援の要否について、「はい」「いいえ」のいずれかにチェックしてください。

Q1. あなたは、施設(病院)に長期入所(入院)中ですか？
※R7(2025)年3月末日までに退所(退院)予定の方は、「いいえ」とご回答ください。

☐ はい

☐ いいえ

Q2. あなたは、災害時、自力避難 または 同居者の支援による避難ができますか？
※避難に不安がある方や地域の支援が必要な方は、「いいえ」とご回答ください。

☐ はい

☐ いいえ

Q1,Q2どちらも“いいえ”と回答した方

【名簿に登録されます】

以下、①～⑤へご記入ください。

①
⑤

1つ以上“はい”と回答の方

※①～⑤へのご記入は不要です。

**回答は以上です。
ご返送ください。**

【名簿には登録されません】

①支援にかかわる地域の人たちへの情報提供等について

松江市が、あなたの名簿や個別避難計画を作成して、支援にかかわる地域の人たちへ情報提供することに同意しますか？(同意しない場合でも、災害時には安否確認などに活用されます。)

☐ 同意します。
(普段から情報提供)

☐ 同意しません。
(災害時のみ情報提供)

② 現住所と加入している自治会(町内会)

現在の住所		加入している自治会(町内会)	
-------	--	----------------	--

裏面も記入➡

地域の支援者へ提供する名簿・個別避難計画の追加情報

以下の個人情報、【松江市と支援にかかわる地域の人たち】で共有します。

※③、④の情報は同意を得てから記入してください※

③ 緊急時の連絡先(2人まで)

1 人 目	フリガナ		あなた との 関係		固定電話	()		
	氏 名				携帯電話	()		
	あなた との 同居	☐ 同居している ☐ 同居していない	居住 市町村	※同居していない場合に記入してください。 ☐ 松江市内 ☐ 市外 <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>都・道 府・県</td> <td>市・区 町・村</td> </tr> </table>			都・道 府・県	市・区 町・村
	都・道 府・県	市・区 町・村						
2 人 目	フリガナ		あなた との 関係		固定電話	()		
	氏 名				携帯電話	()		
	あなた との 同居	☐ 同居している ☐ 同居していない	居住 市町村	※同居していない場合に記入してください。 ☐ 松江市内 ☐ 市外 <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>都・道 府・県</td> <td>市・区 町・村</td> </tr> </table>			都・道 府・県	市・区 町・村
	都・道 府・県	市・区 町・村						

④ 災害時にあなたを支援する家族や近隣の人(決まっている場合のみ)

(例)近所に住む家族・親戚、自治会・自主防災組織で定めている支援担当者、福祉推進員 など

避 難 支 援 者	フリガナ		あなた との 関係		固定電話	()
	氏 名				携帯電話	()
	あなた との 同居	☐ 同居している ☐ 同居していない	住所	※同居していない場合に記入してください。 松江市		

⑤ あなたの生活・健康状況に該当するもの(複数選択可)

移 動	☐ 寝たきり ☐ 車いすの使用 ☐ 歩行器や杖などの使用
医 療	☐ 人工呼吸器 ☐ 酸素療法 ☐ 人工透析
視力・聴力 理解・判断	☐ 物が見えない ☐ 音が聞こえない ☐ 危険なことを判断できない
	☐ 顔を見ても知人や家族とわからない ☐ 言葉や文字の理解が難しい

※ 市が支援にかかわる地域の人たちと共有する情報（名簿・個別避難計画の内容）

- ①氏名 ②生年月日 ③性別 ④現住所 ⑤固定電話番号 ⑥携帯電話番号
 ⑦避難支援等を必要とする事由（同居状況、要介護度、障がい者手帳の種類・等級等）
 ⑧加入自治会 ⑨担当の居宅介護事業所、相談支援事業所 ⑩現住所の被災リスク
 ⑪追加情報（この面）の記入内容 ⑫介護認定時のかかりつけ医【個別避難計画のみ】
 ⑬現住所最寄避難先の複数候補【個別避難計画のみ】 ほか

※ 情報提供に同意されなかった場合でも、災害時に限り、安否確認等のため上記①～⑪の情報を支援にかかわる地域の人たちと共有します。

※ 災害時には、支援にかかわる地域の人たちも被害にあう可能性があるため、支援のお約束はできません。普段からできる範囲で備えることが大切です。