

# 石垣市避難行動要支援者名簿 登録申請書

## 同意確認欄 ※内容をご確認ください。

避難行動要支援者名簿は、災害発生時、自ら避難することが困難な方の情報を登録し、作成するものです。登録した情報は安否確認や地域からの支援を行うため、民生・児童委員、自治公民館、自主防災組織、社会福祉協議会、消防機関、警察機関等の避難支援関係者へ外部提供されます。

上記をふまえ、避難行動要支援者名簿の外部提供に、 **令和 6 年 8 月 28 日**

同意します。

本人署名 石垣 太郎

同意しません。

代筆者 石垣 花子

本人との関係 ( 妹 )

※代筆  
※同意  
※登録  
はじめ

本人のご署名、または代筆者のご署名をお願いします。代筆の場合は、本人との関係を記入してください。

意思確認を行ったとみなします。保障するものではありません。急連絡先や支援者になる方にはあらかじめ

## 1. 避難行動要支援者名簿に登録する情報 (外部提供の有無に関わらず、全員ご記入下さい)

フリガナ	いしがき たろう		性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	大 <input checked="" type="radio"/> 昭 <input type="radio"/> 平 <input type="radio"/> 令 27年 8 月 28 日	血液型	A 型
氏名	石垣 太郎							
住所	石垣市 真栄里672			自治会名	真栄里公民館			
本人連絡先	(自宅) ○○-○○ (携帯電話) ○○○-○○		メールアドレス					
緊急連絡先	フリガナ	いしがき はなこ		本人との関係	妹			
	氏名	石垣 花子						
	(自宅) △△△-△△△			(携帯電話) △△-△△				
要支援者対象区分	<input checked="" type="checkbox"/> 高齢者 <input checked="" type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> ことばの理解が難しい <input type="checkbox"/> ことば(声)がでない(でにくい) <input type="checkbox"/> 物が見えない(見えにくい) <input checked="" type="checkbox"/> 音が聞こえない(聞き取りにくい) <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 在宅酸素療養 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器装着 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病 <input type="checkbox"/> 医療的ケア児 <input type="checkbox"/> 指定難病患者 <input type="checkbox"/> その他( )							
介護認定	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		障害手帳等の等級	身体 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級	療育 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	精神 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
その他の状況	<input type="checkbox"/> 同居する親族がいない <input checked="" type="checkbox"/> 一人で外出できない <input type="checkbox"/> 日中一人暮らし <input type="checkbox"/> 車いす利用 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 常備薬あり <input type="checkbox"/> 配食サービス利用者 <input type="checkbox"/> 居宅介護サービス利用 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護サービス利用 <input type="checkbox"/> 通所介護サービス利用 <input type="checkbox"/> その他( )							
特記事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ かかりつけ医、治療中の疾患、その他避難時に必要な支援があればご記入下さい。</li> <li>・ 石垣島徳洲会病院へ通院中 (月に1回)</li> <li>・ 抗血液凝固剤の薬を服薬</li> <li>・ 認知症あり</li> </ul>							