

(様式1) 避難行動要支援者名簿登録申込書 兼
救急医療情報キット支給申請書 (避難行動要支援者情報カード)

平成 年 月 日

(あて先) 小平市長 殿

受付日:平成 年 月 日 包括名

私は、災害時や救急時の支援を希望し、避難行動要支援者登録名簿への登録と災害対策基本法第49条の11第2項に則り、小平市地域防災計画に定める避難支援等の実施に携わる関係者(小平市社会福祉協議会、小平市地域包括支援センター、民生委員・児童委員、小平消防署、小平警察署、協定を締結した自治会等)に下記に届け出た個人情報を提供することに同意し、救急医療情報キットの支給を希望します。

本人署名 _____ (印)

※本人署名は、自署の場合 印は必要ありません

代理人署名 _____ (印)

(申請者との関係 _____)

次の事項を、記入してください。※は名簿に載る項目です。

フリガナ ※本人氏名	※性別		※生年月日
	男・女		明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)
※電話番号	(自宅) _____ (携帯) _____		
※住所	小平市 集合住宅にお住まいの方は住宅名 (_____)		
※同居家族	(_____) 人家族 (本人を含む)	◆ 家族構成 (本人からみた) を○で囲んでください。 ・ 単身 ・ 配偶者 ・ 父 ・ 母 ・ 子 ・ 甥 ・ 姪 ・ 孫 ・ その他 (_____)	
※認定内容等	◆ 該当する番号を○で囲み、()に記入してください。 ① 介護保険制度 ・ 要支援 () ・ 要介護 () ② 身体障害者手帳 () 級 ③ 愛の手帳 () 度 ④ 精神障害者保健福祉手帳 () 級 ⑤ 一人暮らし高齢者 ⑥ 高齢者のみの世帯 ⑦ その他 (_____)		
※支援が必要な理由	◆ 該当する番号を○で囲んでください。 ① 歩行に介助が必要 ② 歩いて移動できない (車いす・担架が必要) ③ 目が見えにくい ④ 耳が聞こえにくい ⑤ 会話に支障がある ⑥ 内部障がいがある ⑦ 移動はできるが声かけや安否確認が必要 ⑧ 状況判断が難しい ⑨ その他 (_____)		
本人の状況	◆ 身体の状況、障がいの状況、常用している薬、医療機器の使用など		
医療情報 (かかりつけ医)	病院名	主な病名	
	主治医	電 話	
	病院名	主な病名	
	主治医	電 話	

裏面に続きます。

■ 避難支援者（災害発生時、近所で協力してくださる方。了解を得て記入してください。）

フリガナ氏名		住所	
電話番号	— —	本人との関係	子・友人・知人・近所の方 その他（ ）
携帯番号	— —		
フリガナ氏名		住所	
電話番号	— —	本人との関係	子・友人・知人・近所の方 その他（ ）
携帯番号	— —		

■ 避難方法

避難場所	避難方法	
避難ルート（自宅から避難場所まで）	避難時の必要物品	
	避難時（避難先）の注意事項	

■ 緊急時の家族等の連絡先

フリガナ氏名		住所	
電話番号	— —	本人との関係	子・友人・知人・近所の方 その他（ ）
携帯番号	— —		
フリガナ氏名		住所	
電話番号	— —	本人との関係	子・友人・知人・近所の方 その他（ ）
携帯番号	— —		

■ 関係先

ケアマネジャー	担当者名	
事業所名	電話	— —
介護事業所 / 通所先		
事業所名	電話	— —
事業所名	電話	— —
担当民生委員氏名	電話	— — 自治会名

■ 次のことについて了解いたします。

① 災害の規模や被災状況によっては、支援ができない場合もあることをご了承ください。
② 上記内容に変更が生じた場合は、変更の届出書を提出してください。
③ 救急医療情報キットについては、本人等の同意を得ることなく、救急隊等が冷蔵庫を開けてキットを取り出し医療情報等を活用することがあります。
④ 救急医療情報キットを確認した方や救急隊が、情報カードに記載されている「医療機関」に搬送することを、保証するものではありません。容態、緊急度、被災状況、搬送先の医療機関の状況などにより、変更されることがあります。
⑤ 救急隊がご本人と一緒に、救急医療情報キットを病院に搬送する場合があります。
⑥ 状況により、ご本人の救急処置を最優先するため、救急医療情報キットを活用できないことがあります。

担当包括：

窓口に来られた方：本人 家族 その他(氏名)