

年 月 日

福井市長様

申請者

住所

氏名

(自署又は記名押印)

**福井市ひとり暮らし等高齢者登録資格認定申請書兼登録台帳  
兼 福井市避難支援プラン同意書**

次のとおり、☐ひとり暮らし世帯・☐高齢者世帯・☐高齢者世帯に準じる世帯 名簿の登録を申請します。  
☐福井市避難支援プランに同意します。

なお、私は、ひとり暮らし等高齢者登録制度及び避難支援プランの内容を理解し、以下の個人情報を日常の見守り活動や、災害時の円滑な避難支援活動及び安否確認を行うため、地域で支援を行う人達(避難支援者、自治会、民生児童委員、福祉委員、地域包括支援センター、社会福祉協議会、消防、警察など)へ提供することに同意します。

|              |      |                                         |      |                                   |  |
|--------------|------|-----------------------------------------|------|-----------------------------------|--|
| 地区名          |      | 地区                                      | 自治会名 | 自治会・ <input type="checkbox"/> 未加入 |  |
| 住 所<br>(居住地) |      | 福井市                                     |      | 電話番号                              |  |
|              |      |                                         |      | FAX 番号                            |  |
| 対象者①         | フリガナ |                                         | 生年月日 | 明・大・昭・平<br>年 月 日( 歳)              |  |
|              | 氏 名  |                                         |      |                                   |  |
|              | 介護度  | 1 非該当 2 未申請 3 要支援( )・要介護( )・事業対象者 4 申請中 |      |                                   |  |
| 対象者②         | フリガナ |                                         | 生年月日 | 明・大・昭・平<br>年 月 日( 歳)              |  |
|              | 氏 名  |                                         |      |                                   |  |
|              | 介護度  | 1 非該当 2 未申請 3 要支援( )・要介護( )・事業対象者 4 申請中 |      |                                   |  |

**1 緊急連絡先**

| 緊急連絡先の優先順位 | 親族氏名 | 続柄 | 住所 | 電話番号 |
|------------|------|----|----|------|
|            |      |    |    | 携帯番号 |
| ①          |      |    |    |      |
| ②          |      |    |    |      |
| ③          |      |    |    |      |
| 特記事項       |      |    |    |      |

|     |                  |       |
|-----|------------------|-------|
| 担 当 | ( ) 民協 民生児童委員 氏名 | [Tel] |
|     | ( ) 包括支援センター 氏名  | [Tel] |

※民生児童委員⇄包括支援センター間で情報共有した上で、福井市に提出してください。

## 2 ひとり暮らし等高齢者登録台帳

|      |      |                                                                         |                                                      |
|------|------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 対象者① | 就労   | 1 就労していない 2 就労している( 日 / 週 ・ 月 )                                         |                                                      |
|      | 健康状態 | 1 健康 2 現在は健康だが既往歴がある 3 持病又は治療中の病気がある<br>※2又は3に該当する場合<br>かかりつけ医:<br>病 名: |                                                      |
|      |      | 日常生活                                                                    | 家事全般 1 できる 2 介助が必要 3 できない<br>外出 1 できる 2 介助が必要 3 できない |
|      | その他  |                                                                         |                                                      |
| 対象者② | 就労   | 1 就労していない 2 就労している( 日 / 週 ・ 月 )                                         |                                                      |
|      | 健康状態 | 1 健康 2 現在は健康だが既往歴がある 3 持病又は治療中の病気がある<br>※2又は3に該当する場合<br>かかりつけ医:<br>病 名: |                                                      |
|      |      | 日常生活                                                                    | 家事全般 1 できる 2 介助が必要 3 できない<br>外出 1 できる 2 介助が必要 3 できない |
|      | その他  |                                                                         |                                                      |
| 交流状況 | 親 族  | 1 あり( 日 / 週 ・ 月 ・ 年 ) 2 全くない                                            |                                                      |
|      | 近隣住民 | 1 あり( 日 / 週 ・ 月 ・ 年 ) 2 全くない                                            |                                                      |

## 3 避難支援プラン同意者名簿記載事項(避難支援プラン登録者のみ)

|      |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
|------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 対象者① | 避難支援を必要とする理由<br>(重複する場合は全て記入) | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1・2級(総合等級)保持者<br>【 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> その他】【 級】<br><input type="checkbox"/> 療育手帳 A 保持者【障害程度:   】<br><input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳1・2級保持者【 級】<br><input type="checkbox"/> 要介護3～5認定者【要介護度:   】<br><input type="checkbox"/> その他、自力で避難することが困難な者(理由を記入)<br>(理由: ) |  |
|      | 自立歩行の状態                       | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不可                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
|      | 支援が必要な時間帯                     | <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 昼間 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> その他( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| 対象者② | 避難支援を必要とする理由<br>(重複する場合は全て記入) | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1・2級(総合等級)保持者<br>【 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> その他】【 級】<br><input type="checkbox"/> 療育手帳 A 保持者【障害程度:   】<br><input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳1・2級保持者【 級】<br><input type="checkbox"/> 要介護3～5認定者【要介護度:   】<br><input type="checkbox"/> その他、自力で避難することが困難な者(理由を記入)<br>(理由: ) |  |
|      | 自立歩行の状態                       | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不可                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
|      | 支援が必要な時間帯                     | <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 昼間 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> その他( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |

※同意によって避難行動の際の支援を受ける可能性が高まりますが、必ず支援を受けられることを保証するものではありません。