

年 月 日

福井市長様

住所

対象者①氏名

対象者②氏名

(自署または記名押印)

**福井市ひとり暮らし等高齢者登録資格認定申請書 兼 登録台帳に関する同意書**  
**避難行動要支援者名簿情報提供 及び 個別避難計画作成に関する同意書**

私は、同意事項(別紙)を十分に理解したうえで、

☐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、登録台帳を地域の支援者に提供することに同意します。

☐避難行動要支援者名簿情報を避難支援等関係者へ提供すること、及び個別避難計画を作成することに同意します。

## 1 共通事項

対象者①	フリガナ		生年月日	大・昭・平 ( 年 月 日 歳)	性別
	氏 名				男 ・ 女
対象者②	フリガナ		生年月日	大・昭・平 ( 年 月 日 歳)	性別
	氏 名				男 ・ 女
地区名	地区		自治会名	自治会・ <input type="checkbox"/> 未加入	
住 所 (居住地)	〒 福井市			自宅電話番号	
				携帯電話番号	
緊急連絡先(必ず同意をとってください)					
緊急連絡先の 優先順位	氏名	本人との 関係等	住所	自宅電話番号	
				携帯電話番号	
①					
②					
担 当	( ) 民協 民生委員・児童委員 氏名			〔Tel〕	
	( ) 包括支援センター 氏名			〔Tel〕	
	ケアマネジャーまたは相談支援専門員 事業所名( ) 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。

(市役所使用欄)

(受付印)

登録番号		CD	
入 力	<input type="checkbox"/> 入力( )		

--

## 2 ひとり暮らし等高齢者登録台帳記載事項

対象者①	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	
	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 ※2又は3に該当する場合 病名: (かかりつけ医 )	
	日常生活	就 労	1 就労していない 2 就労している( 日 / 週 ・ 月 )
		家事全般	1 できる 2 介助が必要 3 できない
		外 出	1 できる 2 介助が必要 3 できない
その他			
対象者②	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	
	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 ※2又は3に該当する場合 病名: (かかりつけ医 )	
	日常生活	就 労	1 就労していない 2 就労している( 日 / 週 ・ 月 )
		家事全般	1 できる 2 介助が必要 3 できない
		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 避難行動要支援者名簿情報提供及び個別避難計画作成に同意される方

対象者①	避難支援等を必要とする事由 (あてはまるもの全てに✓)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 1 級・2 級【 <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】 <input type="checkbox"/> 療育手帳 A 判定 <input type="checkbox"/> 要介護 3～要介護 5 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 1 級・2 級 <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) (理由: )
	歩行の状態	<input type="checkbox"/> つかまらないうで歩ける <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば歩ける(杖、歩行器、介助など) <input type="checkbox"/> 歩けない(車いす、寝たきりなど)
	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	避難支援等を必要とする事由 (あてはまるもの全てに✓)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 1 級・2 級【 <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】 <input type="checkbox"/> 療育手帳 A 判定 <input type="checkbox"/> 要介護 3～要介護 5 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 1 級・2 級 <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) (理由: )
	歩行の状態	<input type="checkbox"/> つかまらないうで歩ける <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば歩ける(杖、歩行器、介助など) <input type="checkbox"/> 歩けない(車いす、寝たきりなど)
	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( )

※「個別避難計画」を作成するにあたり、事前に本人又はご家族で地域の避難支援者を決めていただくと、個別避難計画の作成がスムーズとなります

1 「ひとり暮らし等高齢者登録台帳」は、申請書に記載された内容を日常の見守り活動を行うため、地域で支援を行う人達(民生委員・児童委員、地域包括支援センター、消防、警察など)へ提供します。

2 「避難行動要支援者名簿」は、災害が発生した際やその恐れがある際に自力での避難が困難な方を避難行動要支援者とし、同意書に記載された内容を掲載した名簿です。災害の発生に備え、避難支援等関係者※に対し、平常時から名簿情報を提供します。

また、「避難行動要支援者名簿」を提供する際は、避難支援等を必要とする事項及び住所(住所を住民票と同じ住所で提出した場合)・氏名・性別について、災害対策基本法第49条の10及び11により、最新情報を収集し、更新します。

※避難支援等関係者(自治会、自治会連合会、自主防災組織、自主防災組織連絡協議会、民生委員・児童委員、福祉委員、市・地区社会福祉協議会、消防、警察、地域包括支援センター、介護支援専門員、相談支援専門員、  
(ケアマネジャー)

3 「個別避難計画」は、原則「地域の避難支援者」に避難時の誘導や補助をお願いするとき「だれが」「どこに」「どのように」避難させるかを事前に作成する計画です。災害の発生に備え、避難支援等の実施に必要な限度で避難支援等関係者に対し、平常時から個別避難計画情報を提供します。

4 個別避難計画作成のため、避難支援等関係者が電話や訪問等での聞き取りを行う場合があります。

5 情報提供の同意や個別避難計画を作成することにより、災害発生時における避難行動の際の支援を受ける可能性が高まりますが、避難支援者自身や家族などの安全が前提のため、災害時の避難行動の支援が必ずなされることを保証するものではありません。また、避難支援者は、法的な責任や義務を負うものではありません。

**【注意事項】**

1 同意書は、変更の申出がない限り継続します。

2 避難行動要支援者名簿の情報は、個別避難計画作成や平常時の見守り、また災害時の声掛け等に利用させていただきます。