

避難行動要支援者登録申請書（兼 個人情報の提供に関する同意書）

令和 年 月 日

（あて先）水戸市長 高橋 靖

私は、災害時に自力で避難することが困難なことから、安否確認などの支援活動を優先して受けることを希望します。また、そのため、下記の情報を、水戸市が災害時の支援者などの関係者へ提供することについて、裏面に記載の注意事項を確認した上で同意します。

支援を必要とする方の情報 ※必ずご記入ください。			
ふりがな		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日
氏名	印 ※本人署名の場合、印鑑を省略することができます	住所	水戸市
自宅電話		ご自身の状態 ※あてはまる項目にチェックしてください。 ※不明の場合記入不要です	<input type="checkbox"/> 要介護認定（2以上） <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（1級・2級） <input type="checkbox"/> 療育手帳（マルA・A） <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（1級・2級） <input type="checkbox"/> 75歳以上ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 市の支援を受けている難病患者 <input type="checkbox"/> その他（ ）
携帯電話			
所属する町内会			
※代理の方が申請される場合は、下記についてもご記入ください。			
ふりがな		自宅又は携帯電話	
代理申請者の氏名	印	登録者との関係	
代理申請者の住所			
緊急時の家族の連絡先			
氏名		続柄	住所 TEL
氏名		続柄	住所 TEL
◎ 水戸市・在宅見守り安心システム（旧緊急通報システム）の利用（あり・なし）			
◎ 水戸市・緊急通報システム NET 119（旧ガチャピー）の利用（あり・なし）			
居住建物の構造		普段いる部屋	寝室の位置
かかりつけ医 （2つまで記入可）	医療機関名①		TEL
	医療機関名②		TEL
利用している 居宅介護支援事業所、 福祉施設等	居宅介護支援事業所		担当者
	福祉施設等		担当者
服薬内容、アレルギー等	※短時間ごとに服薬しないと健康状態が悪化する薬等をお書きください。		
特記事項（避難時に支援者に伝えたい情報をご記入ください。）			

【申請に当たっての注意事項】

- ① この名簿は、ご自宅など、在宅で生活をしている方を対象としています。
施設管理者等が常駐している病院・介護施設などに、長期入院中・施設入所中の方については、災害時には、市が施設等と連携して対応することから、対象となりませんので、ご注意ください。
- ② 名簿登録中に病院・介護施設などに、長期入院・施設入所された場合は、水戸市福祉総務課へお知らせください。
また、本市においても、災害時に備え、定期的に住民基本台帳等で住所等を確認・変更しています。名簿登録中の長期入院や施設入所、市外への転出等を確認した場合は、**名簿から外させていただきます**のでご理解ください。
- ③ 名簿登録中に市内転居をされた方については、**本市で住民票の異動を確認次第、新たな住所等に名簿の情報を修正・変更し、制度については継続利用**となります。
(個人情報等についても、新住所を担当する支援者へ引き継がれます。)
新たな住所において、本制度を利用されない場合は、名簿から外させていただきますので、水戸市福祉総務課へお知らせください。
- ④ 登録後、**民生委員等の地域の支援者が訪問調査等**を行うほか、**市の職員が、電話等で近況を確認**させていただくことがございます。あらかじめご了承ください。

(お問い合わせ先)

水戸市 福祉部 福祉総務課

〒310-8610 水戸市中央1丁目4番1号 電話 (029) 232-9169 (直通)