

筑紫野市避難行動要支援者支援制度の取組について

筑紫野市では、高齢の方や障がいのある方など、避難時に支援が必要な方を対象に、災害時に備えて避難先や避難方法をあらかじめ確認し、日頃からの地域による見守りや支援につなげるため、「避難行動要支援者支援制度」を実施しています。

この制度でできること

ご本人の同意のもと、いただいた情報に基づいて、

- ・避難行動要支援者名簿及び個別避難計画を作成します
- ・民生委員・児童委員、行政区、コミュニティ運営協議会、自主防災組織などの避難支援等関係者と情報を共有します
- ・日頃の見守り活動や災害時の安否確認、避難支援に活用します

ご協力いただきたいこと

本制度の対象となる方の状況を把握し、地域による見守りや支援につなげるため、登録を希望する場合だけでなく、希望しない場合も回答をお願いしています。

この 調査票 兼 同意書 をご確認ください、☐ 希望します ☐ 希望しません

のいずれかを選択のうえ、返信用封筒でご返送ください。

登録を希望される方は、引き続き必要事項をご記入ください。

ご記入いただいた内容をもとに、避難行動要支援者名簿及び個別避難計画を作成します。

ご理解いただきたいこと

この制度は、地域の助け合いによる支援を目的としたものです。

災害の状況や支援者自身の安全確保の必要性などから、必ず避難支援や救助が行われることを保証するものではありません。

しかし、あらかじめ情報を共有しておくことで、災害時の安否確認や避難支援につながりやすくなります。

災害はいつ発生するかわかりません。いざという時に備え、本制度への登録をご検討いただくとともに、希望の有無にかかわらず調査票の提出をお願いいたします。

【連絡・問い合わせ先】

筑紫野市 危機管理課 TEL 092-557-5111 FAX 092-923-5391

生活福祉課 TEL 092-557-5127 FAX 092-923-5230

高齢者支援課 TEL 092-557-5130 FAX 092-920-1786

※ お問い合わせ内容によっては、関係部署へおつなぎする場合があります。

筑紫野市避難行動要支援者支援制度

避難行動要支援者名簿登録・個別避難計画作成 調査票 兼 同意書

1 制度登録希望調査（該当するほうに☑を記入してください）

避難行動要支援者支援制度では、避難行動要支援者名簿及び個別避難計画の情報を避難支援等関係者へ提供し、日頃の見守り活動など地域の助け合いによる支援に活用します。

☐ 希望します

登録を希望する方は、以降の欄に記入し、提出してください。

※希望の✓が無く以降の情報は記載されたとみなします。

☐ 希望しません

登録を希望しない方は、希望しない理由のうち最も当てはまるものを一つお選びください

- ☐ 自力で避難できるため
- ☐ 施設入所又は長期入院しているため
- ☐ 同居家族又は近隣の親族等の支援が受けられるため
- ☐ その他（ ）

記入いただく項目は以上となります。同封の返信用封筒に入れて提出してください。

2 個人情報提供等に関する同意

私は、次の事項を確認の上、避難行動要支援者名簿に登録し、個別避難計画を作成することに同意します。

1. 避難行動要支援者名簿及び個別避難計画に記載した情報について、災害時はもとより、日頃の見守り活動など地域の助け合いによる支援が受けられるよう、地域の避難支援等関係者（民生委員・児童委員、コミュニティ運営協議会、行政区、自主防災組織、社会福祉協議会、消防機関、警察機関、その他必要に応じた支援等関係者（医療福祉関係事業者など））に情報共有すること。
2. 避難支援等関係者は、自身や家族等の安全が前提であるため、名簿登録及び計画作成により、災害時の避難支援が行われることを保証するものではなく、避難支援等関係者は法的な責任や義務を負うものではないこと。

令和 年 月 日

本人氏名 _____

代理人住所 _____

代理人氏名 _____（本人との関係） _____

※情報は、申出がない限り共有を継続します。なお、おおむね1年不在の場合は、市の職権で共有を終了することがあります。

➡ 次ページもご記入ください。

3 避難行動要支援者情報（ご本人のことをご記入ください）

ふりがな				性別			
氏 名				生年月日	年 月 日		
住 所	〒						
連絡先 (本人)	電話番号			携帯電話			
	FAX			メールアドレス			
コミュニティ				行政区			
世帯構成	□単身世帯 □同居世帯（ 人） □高齢者のみ世帯						
心身の状況（当てはまるものに☑をする）							
□要介護認定 要介護（ ）		□身体障がい（ ）級 □視覚 □聴覚 □肢体不自由					
□知的障がい（ ）程度		□精神障がい（ ）級					
□その他（ ）							
かかりつけ病院				診療科名			
治療中の疾患				担当医名			
使用中の薬・医療処置など	例）高血圧の薬を服用中・人工呼吸器を使用中等						
その他の事項							

4 緊急時連絡先（緊急時の家族等の連絡先をご記入ください）

1	氏名				電話			
	住所				携帯電話			
					FAX			
続柄		メールアドレス						
2	氏名				電話			
	住所				携帯電話			
					FAX			
続柄		メールアドレス						
3	氏名				電話			
	住所				携帯電話			
					FAX			
続柄		メールアドレス						

5 災害リスクの状況（住まいの状況とハザードマップをご確認ください）

住まい	□戸建て（□平屋 □2 階建て □3 階建て以上）（建築年 年）	
	□マンション・アパート（居住階数 階）（□木造 □鉄骨鉄筋造） （建築年 年）（エレベーター：□有 □無）	
ハザード マップ	浸水想定区域	□区域外 □区域内⇒□0.5m 未満 □0.5～3m □3m以上
	土砂災害警戒区域	□区域外 □土砂災害警戒区域 □土砂災害特別警戒区域

6 避難支援等関係者（行政区長、地区担当の民生委員・児童委員、支援者をご記入ください）

行政区長	氏名		電話	
	住所		携帯電話	
			FAX	
民生委員・児童委員	氏名		電話	
	住所		携帯電話	
			FAX	

※ 支援者欄は、支援者の同意を得た上で記入ください

支援者①	氏名		本人との関係	
	住所		電話	
			携帯電話	
支援者②	氏名		本人との関係	
	住所		電話	
			携帯電話	
支援者③	氏名		本人との関係	
	住所		電話	
			携帯電話	

7 避難に関する情報（避難とは、災害リスクの状況を確認した上で、安全な場所へ身を置く行動であり、自宅での在宅避難や親せき・知人宅への縁故避難も含まれます）

避難先	□在宅避難（自宅） □縁故避難（知人や親せき宅など）	
	□指定避難所①（ ）②（ ） ※市が開設する避難所・地域が開設する自主避難所など	
避難時 配慮事項	□寝たきり □車いすを使用 □一人で歩けない	
	□物が見えない（見えにくい） □音が聞こえない（聞きとりにくい） □危険なことを判断できない □顔を見ても知人や家族だとわからない □その他（ ）	
必要な 支援	避難時	
	避難生活	例）卵アレルギーがあります。など