

〒
東広島市〇〇町〇〇—〇〇
〇〇 〇〇 様

令和6年1月19日(金)までに
返信してください。

【担当課】

【問合せ先】

※ 災害が発生した時の安否確認や避難支援に関する大切な調査です。
希望しない場合も必ず返信してください。

災害時の避難支援の希望調査書

災害で避難する時に家族以外の 地域の方の支援 を希望しますか？

次の1または2のどちらかを
○で囲んでください

どちらかを○で囲んでください。

① 希望する

以下の項目にあてはまりますか？

- 自力で避難できない
- 近くに支援してもらえる家族や親族がいない

② 希望しない

あてはまる理由にチェックしてください。

- 自力避難ができる
- 家族や親族に支援してもらえる
- 施設入所、長期入院している
- その他

理由を選択してください。

引き続き、下の枠内と裏面を記入してください。
※希望した人は避難支援等関係者があなたの自宅を訪問します。

記入例を参考に下枠と裏面を記入してください。

下の枠内を記入し、
同封の封筒に入れて
送ってください。
裏面は記入不要です。

下枠を記入して
終わりです。

この希望調査書の記入者について記入してください。

提出日 令和 年 月 日

記入者の 氏名	東広島 太郎	対象者との 関係	・本人 ・その他 ()
記入者の 住所	東広島市西条栄町8番29号	記入者の 電話番号	082-420-0932

取扱注意：この情報は承諾を得た者以外は利用できません。

東広島市避難行動要支援者名簿登録同意書及び実態調査書

令和 年 月 日

東広島市長様

私は、災害時の避難行動時に支援を希望するため、東広島市避難行動要支援者名簿への登録を申請します。
私が届け出た下記の個人情報、私への避難支援のために、平常時から東広島市内の関係機関・関係者（消防関係機関、東広島警察署、東広島市社会福祉協議会、民生委員児童委員、自主防災組織、住民自治協議会）及び市と協定を取り交わした支援団体及び私の支援者に提供されることに同意します。

私は、個別避難計画の作成により、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ないこと、また、避難支援実施者などの関係者は、法的な責任や義務を負うものではないことを理解し、同意します。

ご本人の署名 東広島 太郎 代理人署名 _____
(ご本人との関係：)

ふりがな	ひがしひろしま たろう	性別	生年月日			
名前	東広島 太郎	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	明・大 <input checked="" type="radio"/> 昭・平 12年 3月 4日生 86歳			
住所	〒739-8601 東広島市西条栄町8番29号	所属する自治会等の名称	〇〇自治会（地域への情報提供がしやすくなりますので、ご記入ください。）			
電話	082-420-0932	メール	hgh200932 @city.higashihiroshima.lg.jp			
FAX	082-423-8065					
あなたについて		支援・配慮してほしいこと				
<input checked="" type="checkbox"/> 一人暮らし高齢者 <input type="checkbox"/> 介護保険要介護者 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳所持者 事由： <input type="checkbox"/> 療育手帳所持者 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳所持者 <input type="checkbox"/> その他		<input checked="" type="checkbox"/> 声掛けや情報提供 <input type="checkbox"/> 避難所まで連れて行ってほしい <input type="checkbox"/> 避難時の介助 <input type="checkbox"/> 音が聞こえない（聞き取りにくい） <input type="checkbox"/> 物が見えない（見えにくい） その他） 家族への連絡				
		避難するときに持っていくもの <input type="checkbox"/> 薬 <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車イス その他） 補聴器				
住まいでの状況	<input checked="" type="checkbox"/> 木造（ 2 階建て） <input type="checkbox"/> 木造以外（ 階建て） いつも居る部屋： <input checked="" type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階 <input type="checkbox"/> その他（ 階） 寝る場所： <input type="checkbox"/> 1階 <input checked="" type="checkbox"/> 2階 <input type="checkbox"/> その他（ 階）					
かかりつけ医療機関	医療機関名（ 東広島病院 ）担当医（ 病院 次郎 ）電話（ 082-000-0000 ）					
同居のご家族	<input checked="" type="radio"/> いない いる → （続柄： ）					
緊急時の連絡先 <small>※本人の同意をもらって記入してください。</small>	ふりがな 名前	ひがしひろしま はなこ 東広島 花子	続柄 長女			
	住所	広島市〇〇〇区〇〇 連絡先 090-△△△△-△△△△				
災害が起こる可能性の高いもの（○を記入）		洪水	土砂	○	高潮	津波

★未記入のところについて、市から後日連絡をする場合があります。