

～ 安心して地域で暮らすために～

災害に備え名簿を作成します

『災害時要援護者名簿』登録のご案内

地域全体で災害時要援護者を見守ります

「災害時要援護者」とは、災害が発生したとき、自力で避難することが難しく、支援を必要とする高齢者や障がい者の方などです。

「歩行が困難」「周囲の状況がわからない」「身近に支援してくれる人がいない」などの理由により、災害時要援護者の方は、地域で孤立してしまうおそれがあります。

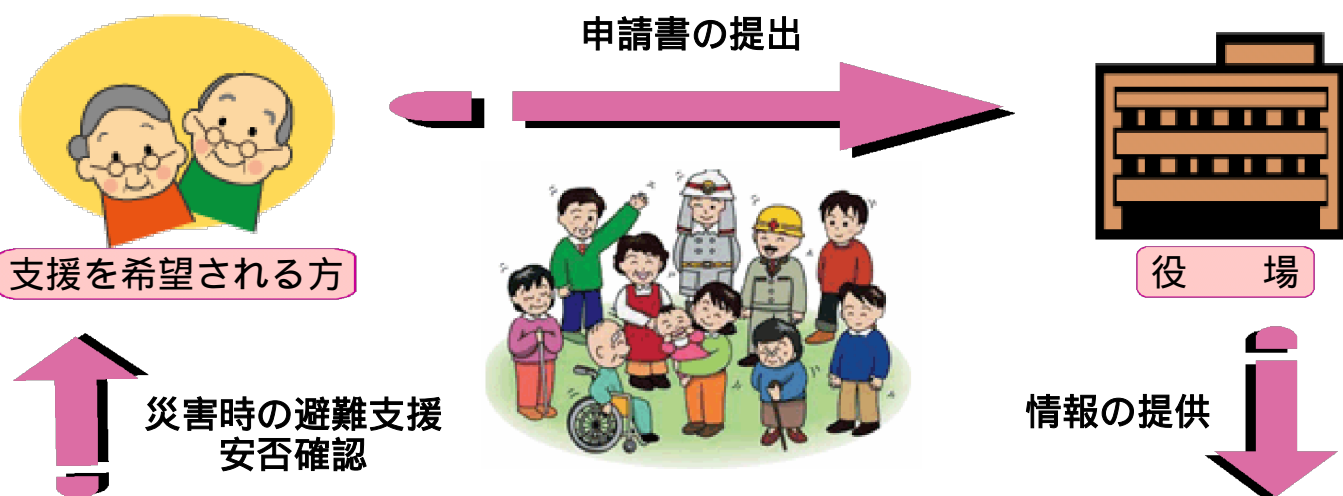
そのため、地域全体で要援護者の方々を見守ることが大切です。

災害時要援護者名簿へご登録ください

町は、要援護者本人又はその家族などの申請により、災害時要援護者名簿に登録します。

登録した情報は、平常時から関係行政機関、民生・児童委員、町内会等と共有し、要援護者を支援する地域の取り組みに活用します。

《登録制度の概要》



地域の支え合いが大切！

地域支援者
(隣近所の方など)



町内会
自主防災組織



民生・児童委員

登録の対象となる方について

災害時に、家族の支援だけでは避難することのできない、または、家族の支援を受けられない在宅の方で、主に下記の方を対象とします。

施設・病院などに長期入所・入院されている方は対象になりません。

65歳以上の高齢者(ひとり暮らしの方、高齢者のみの世帯の方)

介護が必要な方(介護の認定が要介護3～5)

心身に障がいのある方(身体障がい者手帳の等級が1～3級、療育手帳の程度区分がA～B1、精神障がい者保健福祉手帳の等級が1級・2級)

その他、災害時に自力で避難することが困難な方



登録の方法について

登録を希望される方は、町に申請していただきます。

申請をする際、近隣の方で支援してくれる方(地域支援者)を決めていただき、事前に登録することへの同意を得ていただきます。

支援のために必要な個人情報を関係行政機関や地域支援者などに情報提供することに同意していただきます。

申請いただいた情報は「災害時要援護者名簿」に登録するとともに、地域支援者などへ情報提供します。(個人情報は適正に管理します。)

登録の申請は随時受け付けています。



【災害時要援護者名簿への登録事項】

住 所	電話番号
氏 名	身体状況
生年月日	緊急時の家族等連絡先 など



【登録にあたっての注意事項】

この登録制度は、あくまでも普段からの地域の支え合いによって、少しでも災害時の被害を減らそうとする支援制度です。

名簿に登録しても、災害の状況などによっては、必ず支援を受けられるとは限りません。また、支援する方が責任を負うものでもありません。

そのため、日ごろからご家庭で災害に対して備えておくことが大切です。

登録の申し込み・問い合わせ先

まちづくり課交通防災係



65-2112

《 記 入 例 》

奈井江町災害時要援護者登録申請書 兼 登録台帳（個別計画）

奈井江町長 様

私は、奈井江町災害時要援護者避難支援プランに基づく、災害時要援護者登録台帳へ登録することを申請します。

また、私が届け出た下記の個人情報、関係機関（町関係部署、町内会、自主防災組織、民生委員・児童委員、地域支援者など）に提供することに同意します。

申 込 日	平成23年 月 日
-------	-----------

(ふりがな)	ないえ たろう	(ふりがな)	ないえ はなこ	続 柄
本人氏名	奈井江 太 郎	代理人氏名	奈井江 花 子	長女

【本人（要援護登録者）】

本人申請の場合は記入は不要です

住 所	奈井江町 町 区		生年月日	明・大・ 昭 ・平・西暦 年11月 1日	性 別	(男)・女
			世帯構成 (本人含む)	2 人 (配偶者)・父母・子・孫・その他)		
電話番号等	自 宅	0 1 2 5 - 6 5 -	携 帯	0 9 0 -		
	FAX	0 1 2 5 - 6 5 -	メー ル	@	. j p	
要援護者の区分	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし高齢者(65歳以上) <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯(65歳以上) 要介護認定者 身体障がい者		知的障がい者 精神障がい者 難病患者 その他()			
建物の形態	戸 建	<input checked="" type="checkbox"/> アパート等	寝室・居室の位置	寝室 1 階、居室 1 階		
身体状況	歩 行 自 立 <input checked="" type="checkbox"/> 杖歩行 車いす 寝たきり 視 力 支障なし <input checked="" type="checkbox"/> めがね利用 ほとんど見えない 聴 覚 支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 大声でないと聞こえない ほとんど聞こえない					
緊急通報装置	<input checked="" type="checkbox"/> 有 無		救急医療情報キット	<input checked="" type="checkbox"/> 有 無		
避難時や避難生活での留意事項 (特にこれだけは知っておいてほしいという内容についてお書きください。)						
歩行する際には、介助が必要。人工透析を受けている。						

【緊急時の家族等の連絡先】

氏 名	続 柄	住 所	電話番号(自宅・携帯)
奈井江 一 郎	長男	奈井江町 町 区	0125-65-
奈井江 次 郎	次男	市 条 丁 目	- -

【地域支援者の連絡先】

氏 名	住 所	電話番号(自宅・携帯)
北 海 次 郎	奈井江町 町 区	0125-65-

----- 事務欄 -----

受付担当課	登録年月日	平成 年 月 日
-------	-------	----------