

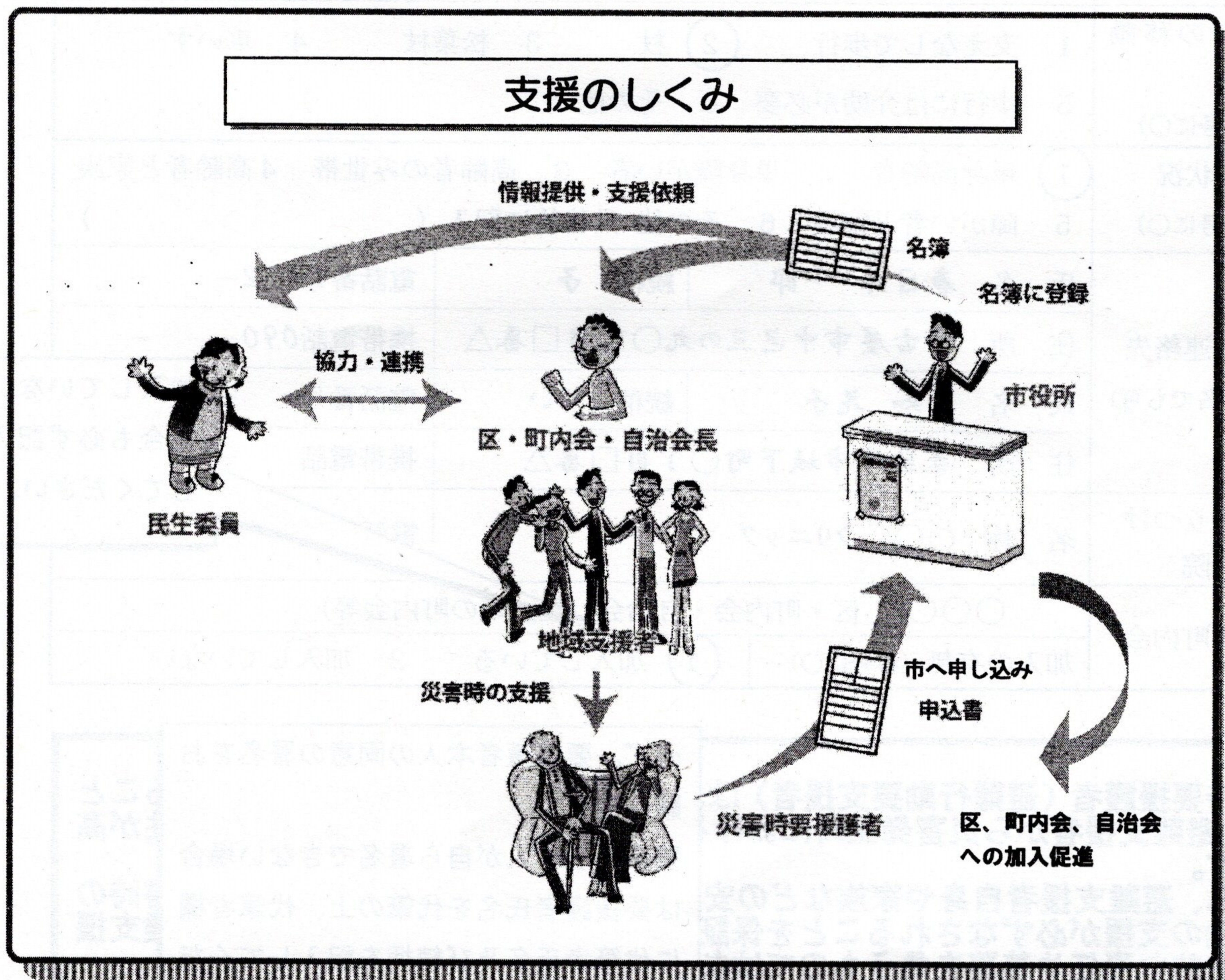
災害時における高齢者や障がい者の 避難支援制度のご案内

ひとり暮らし高齢者や障がいのある人などで、災害時に情報提供や避難所への避難支援を必要とされている人に対して、区、町内会などのご協力のもと、地域の方の支え合い、助け合いによる避難などの支援を行っています。

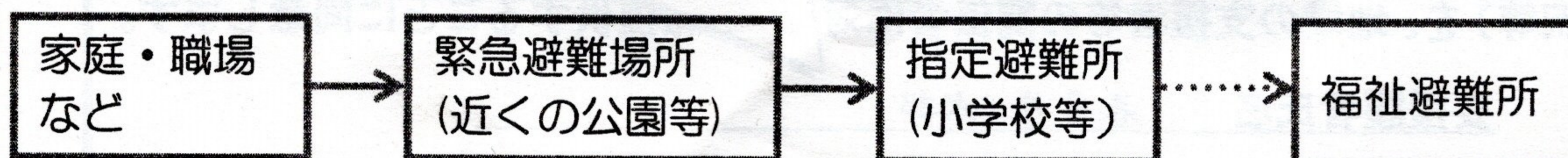
対象者は、次に該当する人のうち、災害時の対応が困難な人で、支援活動のため、地域の支援者等の関係者に対し、個人情報を提供することに同意した人です。

- (1) ひとり暮らし高齢者
- (2) 介護保険要介護者
- (3) 障がいのある人
- (4) (1)から(3)に準ずる人

災害時要援護者支援を希望される方は、「災害時要援護者名簿登録申込書」をご提出ください。



災害時の避難の方法は？



【問い合わせ先】 春日井市 健康福祉部 福祉政策課
〒486-8686 春日井市鳥居松町5丁目44番地
TEL 0568-85-6228 FAX 0568-84-8731

記載例

※こちらに記載された情報は、
町内会等に共有されます。

災害時要援護者名簿登録申込書

令和 年 月 日

宛先 春日井市長

私は、次のとおり、災害時要援護者名簿への登録を申し込みます。

要 援 護 者	フリガナ	カスガイ タロウ	生年月日	大正 昭和 平成	5年1月1日	性 別	男・女
	氏 名	春日井 太郎					
	住 所	春日井市鳥居松町5丁目44番地				電 話 番 号	—
					携 帯 電 話	—	—
申 し 込 み 後 に 記 載 内 容 に 変 更 が あ っ た 場 合 は 福 祉 政 策 課 ま で 御 連 絡 く だ さ い。	心身の状況 (番号に○)	① 肢体不自由	6 知的障がい	[特記事項] 要介護3			
		2 寝たきり	7 精神障がい				
		3 視覚障がい	8 特に問題なし				
		4 聴覚障がい	9 その他				
		5 認知症	()				
	現在の移動 方法 (番号に○)	1 支えなしで歩行 ② 杖 3 松葉杖 4 車いす 5 歩行には介助が必要 6 その他 ()					
世帯状況 (番号に○)	① 単身高齢者 2 単身障がい者 3 高齢者のみ世帯 4 高齢者と家族 5 障がい者と家族 6 その他 具体的に記入 ()						
緊急連絡先 (1名でも可)	氏 名	春日井 一郎	続柄	子	電話番号	052—	—
	住 所	名古屋市中区三の丸○丁目□番△			携帯電話	090—	—
	氏 名	愛知 花子	続柄	めい	電話番号	—	—
	住 所	春日井市坂下町○丁目□番△			携帯電話	—	—
かかりつけ の病院	名 称 ○○○クリニック				電 話	—	—
所属町内会	○○○ 区・町内会・自治会 (住所地の町内会等)						
	加入の有無 (番号に○)	① 加入している 2 加入していない					

加入していない
場合も必ず記入
してください。

災害時要援護者（避難行動要支援者）は、
により、避難支援者から災害発生時におけ
ります。

ただし、避難支援者自身や家族などの安
避難行動の支援が必ずなされることを保証
者は、法的な責任や義務を負うものではあ

上記の内容を理解し、支援活動のため、
心身の状況等）を、地域の支援者等の関係者に対

必ず、要援護者本人の同意の署名をお
願いします。

要援護者本人が自ら署名できない場合
は要援護者氏名を代筆の上、代筆者欄
に代筆者氏名及び続柄を記入してくだ
さい。

住所、
提供することに同意します。

要援護者氏名 春日井 太郎

代筆者氏名 春日井 一郎 続柄 (子)

事務欄	連番	個人コード	町内会コード	民生委員番号	確認
※記入しないでください。					

災害時要援護者名簿登録申込書

令和 年 月 日

宛先 春日井市長

私は、次のとおり、災害時要援護者名簿への登録を申し込みます。

要 援 護 者	フリガナ		生年 月日	大正 昭和 年 月 日 平成		性別	男・女
	氏 名						
	住 所	春日井市			電話番号	— —	
					携帯電話	— —	
要 援 護 者 に 関 する 情 報	心身の状況 (番号に○)	1 肢体不自由 6 知的障がい 2 寝たきり 7 精神障がい 3 視覚障がい 8 特に問題なし 4 聴覚障がい 9 その他 5 認知症 ()		〔特記事項〕			
	現在の移動 方法 (番号に○)	1 支えなしで歩行 2 杖 3 松葉杖 4 車いす 5 歩行には介助が必要 6 その他 ()					
基 本 情 報	世帯状況 (番号に○)	1 単身高齢者 2 単身障がい者 3 高齢者のみ世帯 4 高齢者と家族 5 障がい者と家族 6 その他 具体的に記入 ()					
	緊急連絡先 (1名でも可)	氏 名		続柄		電話番号 — —	
		住 所				携帯電話 — —	
		氏 名		続柄		電話番号 — —	
		住 所				携帯電話 — —	
	かかりつけ の病院	名 称				電話番号 — —	
	所属町内会	_____ 区・町内会・自治会 (住所地の町内会等)					
加入の有無 (番号に○)		1 加入している 2 加入していない					

災害時要援護者（避難行動要支援者）は、避難支援者への情報提供に同意することにより、避難支援者から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。

ただし、避難支援者自身や家族などの安全が前提のため、同意によって、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。

上記の内容を理解し、支援活動のため、私が届け出た上記の個人情報（氏名、住所、心身の状況等）を、地域の支援者等の関係者に対し、情報提供することに同意します。

要援護者氏名 _____

代筆者氏名 _____ 続柄 ()

事務欄	連番	個人コード	町内会コード	民生委員番号	確認
※記入しないでください。					