

災害から身を守る

～避難行動要支援者避難支援制度のお知らせ～
(旧 災害時要援護者避難支援制度)

この制度は、高齢者や障害者等いわゆる要配慮者が、安全で安心して暮らしていただくため、災害発生時あるいは災害が発生するおそれがある時、災害に関する情報の提供や避難行動などの支援体制を築くための支援制度です。

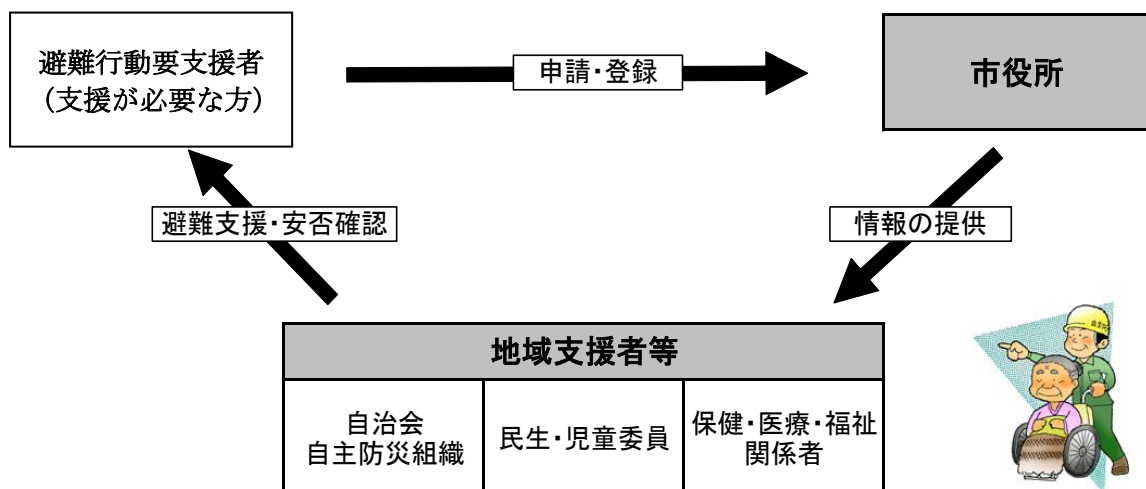


《要配慮者・避難行動要支援者とは》

これまでよく使われていた「災害時要援護者」というかわりに、平成25年6月の災害対策基本法の改正から使われるようになった言葉で、高齢者、障害者、乳幼児その他特に配慮を要する人を「**要配慮者**」といい、そのうち、災害が発生し、または災害が発生する恐れがある場合に、自ら避難することが困難な方で、その円滑かつ迅速な避難の確保を図るために特に支援を要する方を「**避難行動要支援者**」といいます。

《支援者とは》

避難行動要支援者に対する日頃からの見守りや、災害が発生しそうな場合及び発生した時に災害に関する情報を伝えたり一緒に避難したりする等の支援をしていただく方です。



《登録手続き》

- 1 本人による申請（下記窓口へ）※代理申請もできます。
- 2 地域支援者の戸別訪問調査による申請

【登録にあたっての確認事項】

- 1 要支援者、支援者ともに本人の名前や住所などの個人情報を提供することに同意していただきます。
- 2 支援者は、避難行動要支援者に対して責任を負うものではなく、まず自分自身の安全を確保したうえで支援していただくものです。

特に、下記に該当する方々の登録を優先的にお願いします。

- 1 身体に障害をお持ちの方（身体障害者手帳1級又は2級）
 - 2 介護が必要な方（要支援、要介護認定者）
 - 3 知的障害をお持ちの方（療育手帳A判定）
 - 4 その他、災害時に一人での避難が困難な方
- 例：ひとり暮らし又は夫婦ともに高齢で容易に避難をすることが困難な方など



避難行動要支援者の登録により、支援者となっている方が必ず助けなければならないということではありませんので、日ごろから地域で支え合い、災害時にも地域の皆さんで支援できるようにお願いします。

自治会、自主防災組織、民生委員・児童委員及び医療福祉関係者等による地域における支援ネットワークを推進していきます。



申し込み・問い合わせ先（63-2111）

本 庁：安全安心推進課

いきいき長寿課、福祉課

高尾野支所：総合市民課

野田支所：総合市民課

記入例

(表面)

登録年月日	年 月 日	登録 No.	
廃止年月日	年 月 日	廃止理由	

災害時要援護者登録申請書兼登録台帳 (個別計画)

年 月 日

出水市長 様

私は、災害時要援護者支援制度の趣旨に賛同し、同制度に登録することを希望します。

また、私が届け出た下記の個人情報、関係機関（市関係各課、消防団、社会福祉協議会、民生委員・児童委員、地域支援者及び自治会（自主防災組織を含む。））で共有することを承諾します。

氏名	出水太郎 印	性別	男・女	自治会名	〇〇〇自治会
				自治会長氏名	〇 〇 〇 〇
				携帯電話番号	000-000-0000
生年月日	大正 〇〇 昭和 〇〇 平成・令和 〇〇年〇〇月〇〇日 (〇〇歳)	自宅電話番号	0996-00-0000		
		携帯電話番号	- -		
郵便番号	〒899-0000	F A X 番号	- -		
住所	出水市〇〇〇町〇〇	民生委員氏名	〇 〇 〇 〇		
		携帯電話番号	000-0000-0000		
災害時要援護者区分 (1~4の該当する番号のすべてに〇を付けてください。)	1 身体障害者手帳の交付を受けている者 (1級、2級) 2 介護保険における要介護認定者 (要支援1・2、要介護1・2・3 (4・5)) 3 療育手帳の交付を受けており障害の程度がA判定の者 4 1~3以外で市長が特に災害時の支援が必要と認めた者 (難病患者、乳幼児、妊産婦、外国人、その他)				
家族構成、同居状況等 (本人を含む。)	1 人	居住建物の構造等	木造 鉄骨造・鉄筋コンクリート造 平屋建・2階建・3階以上		
		居住建物の着工時期	昭和56年5月より (前・後・不明)		
普段いる部屋	居間	寝室の位置	1階の左奥		
特記事項 (使用薬、必要な医療器具、病院・施設等)	かかりつけの病院 出水総合医療センター				
緊急時の家族等の連絡先	氏名	続柄	住所	携帯電話番号	
	〇 〇 〇 〇	〇女	出水市〇〇〇町〇〇〇	000-0000-0000	
				- -	
地域支援者					
氏名	申請者との関係	住所	携帯電話番号		
〇 〇 〇 〇	同自治会内会員	出水市〇〇〇町〇〇	000-0000-0000		
			- -		
			- -		
			- -		

(裏面)

地 図

避難所	
要援護者宅～避難所	北 西 ※ 自宅と目印となる施設などを簡単に記載してください。 東 南
情報伝達の方法	例：電話。口頭。防災放送。緊急通報装置。など
情報伝達での留意事項	例：音が聞き取りにくい。など
避難誘導の方法	例：車いす。自動車。など
避難誘導時の留意事項	例：支援者が2人以上必要。など
避難先での留意事項	例：ベッドが必要。洋式トイレが必要。用便が近い。など
特記事項	例：常時服用している薬がある。など

副本管理

関係機関名								
交付年月日								
更新・廃止等確認欄								

様式3

緊急連絡カード			
ふりがな	いずみ たろう	性別	男・女
氏名	出水 太郎	生年月日	大正 昭和・平成・令和 〇〇年〇〇月〇〇日生
住所	出水市〇〇〇町〇〇〇	血液型	A・B・O・AB (RH +・-)
電話・FAX	電話 0000 - 00 - 0000 (FAX) - -	保険証	種別 〇〇〇 記号・番号 〇〇〇〇〇〇
緊急時の 連絡先	氏名	① 〇〇 〇〇 (続柄) 〇女	② 〇〇 〇〇 (続柄) 〇男
	住所	出水市〇〇〇町〇〇	阿久根市〇〇町〇〇〇
	電話・FAX	電話 0996-00-0000 FAX - -	電話 0996-00-0000 FAX - -
緊急時 医療機関 連絡先	名称	① 出水総合医療センター	②
	所在地	出水市明神町 520 番地	
	電話・FAX	電話 0996-67-1611 FAX0996-67-1661	電話 - - FAX - -
	担当医	〇〇医師	
疾患名・ 使用薬等	〇〇〇〇〇〇〇	その他特記事項 (例 透析週3回など) 例: 常時服用する薬あり。透析週3回。など	
必要な 医療器具	器具名 メーカー 取扱店連絡先		