

# 様式集

(様式第 1 号)

## 同意確認書

フリガナ		生年月日	
氏名		性別	自治会コード
避難支援等を必要とする事由			

※上記は市が保有する情報を集約して、 年 月 日現在のデータで作成しています。

※上記をご確認いただき誤りがあれば記載内容の訂正をお願いします。

署名・連絡先をご記入ください。

年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_

連絡先（自宅・携帯）電話 \_\_\_\_\_

（やむを得ない理由により本人が記入できない場合）

代理人氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

連絡先（自宅・携帯）電話 \_\_\_\_\_

【注意事項】 ※よく読んで、裏面の質問にお答えください。

避難支援等関係者への情報提供に同意し、あなたの情報を避難行動要支援者名簿に登載することで、災害時等における避難行動の支援を受ける可能性が高まります。

また、個別避難計画を作成することで、避難支援を行う人や連絡先などが明確になり、災害時の円滑かつ迅速な避難につながる可能性が高まります。

ただし、避難支援等関係者自身の安全が前提であるため、同意によって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、避難支援等関係者は、避難支援等に関して法的な責任や義務を負うものではありません。

\* 1 避難支援等関係者：公的機関（警察・消防機関等）・自主防災組織・民生委員・社会福祉協議会  
その他、市が認めた避難支援等の実施に携わる関係者

\* 2 提供する情報：氏名、生年月日、年齢、性別、住所、連絡先、心身の状況  
その他、個別避難計画（参考様式5）に記載の情報

【質問事項】

- (1) 【注意事項】をよく読んだうえで、あなたの情報を避難行動要支援者名簿に登載し、避難支援等関係者への情報提供することに同意しますか。当てはまるものに☑をお願いします。  
なお、同意の意思について、変更の申出がない限り自動継続とします。

同意します ⇒ (2)へ進んでください

同意しません (理由: \_\_\_\_\_)

⇒ 質問は以上です

社会福祉施設入所または長期入院のため、同意しません

⇒ 質問は以上です

- (2) 【注意事項】をよく読んだうえで、個別避難計画を作成および情報提供することに同意しますか。当てはまるものに☑をお願いします。

同意します ⇒ (3)へ進んでください

同意しません (理由: \_\_\_\_\_)

⇒ 質問は以上です

- (3) 個別避難計画を、ご自身、もしくはご家族などで作成することができますか。当てはまるものに☑をお願いします。

できます ⇒ 個別避難計画（様式第5号）に記入してください

支援が必要です ⇒ 個別避難計画作成のために、市または避難支援等関係者が訪問することがありますので、その際にご協力ください

ご回答ありがとうございました。

(様式第2号)

瀬戸内市避難行動要支援者名簿登載申請書

年 月 日

瀬戸内市長 あて

登載を申請する方(本人)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

代理人

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

本人との関係 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

私は、下記により、災害が発生し、又は災害が発生するおそれがある場合に、指定避難所または安全な場所への避難行動支援を求めますので、下記の避難支援等関係者の配慮を受けて、瀬戸内市避難行動要支援者名簿への登載を申請します。

また、私の名簿情報が、平常時から、避難支援等関係者に提供されることのほか、災害の規模や避難支援等関係者の状況等により、支援が受けられない場合があることを理解しています。

1. 登載する方(本人)

フリガナ		性別	男 ・ 女	
氏 名	Ⓜ			
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日
住 所	瀬戸内市	町		
連 絡 先	電話	—	—	
	FAX	—	—	
	メールアドレス		@	

2. 避難行動支援等を必要とする理由(該当する□にチェックをしてください。)

<input type="checkbox"/> 避難先(指定避難所又は安全な場所)までの距離が遠い
<input type="checkbox"/> 自宅や周辺での災害の危険性が極めて高い
<input type="checkbox"/> その他( )

3. 申請を支援した避難支援等関係者(※市から下記の方に電話等で確認することがあります。)

役職		氏名	連絡先電話番号( — — )
----	--	----	----------------

(様式第3号)

瀬戸内市避難行動要支援者名簿記載内容変更届出書

年 月 日

瀬戸内市長 あて

登載されている方（本人）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

代理人

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

本人との関係 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

私は、避難行動要支援者名簿に記載されている内容について、変更がありましたので、届出します。

1. 登録されている方（本人）※変更箇所のみご記入ください。

氏名	変更前	(フリガナ) _____
	変更後	(フリガナ) _____
住所	変更前	瀬戸内市 _____ 町
	変更後	瀬戸内市 _____ 町
連絡先	変更前	電話 _____ — _____
		FAX _____ — _____
		メールアドレス _____ @ _____
	変更後	電話 _____ — _____
		FAX _____ — _____
		メールアドレス _____ @ _____
登載事由	変更前	_____
	変更後	_____

(様式第4号)

瀬戸内市避難行動要支援者名簿抹消届出書

年 月 日

瀬戸内市長 あて

登載されている方 (本人)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

代理人

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

本人との関係 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

私は、避難行動要支援者名簿に登載されていますが、下記の理由により、避難行動要支援者名簿からの抹消を届け出ます。

1. 避難行動要支援者名簿から抹消する理由

--

2. 抹消する方 (本人)

フリガナ		性別	男 ・ 女	
氏 名	Ⓜ			
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日
住 所	瀬戸内市	町		
連 絡 先	電話	—	—	
	FAX	—	—	
	メールアドレス		@	

(様式第5号)

取扱注意

避難行動要支援者 個別避難計画

作成日： 年 月 日

ふりがな 氏名									
生年月日	T・S・H	年	月	日	年齢	歳	性別	男・女	
住所									
電話番号				FAX 番号					
携帯番号				MAIL					
同居の 家族等	<input type="checkbox"/> 日中同居 <input type="checkbox"/> 夜間同居								
緊急時の 連絡先①	ふりがな 氏名	(間柄： )							
	住所								
	連絡先								
緊急時の 連絡先②	ふりがな 氏名	(間柄： )							
	住所								
	連絡先								
避難支援 等実施者 ①	ふりがな 氏名	(間柄： )							
	住所								
	連絡先								
避難支援 等実施者 ②	ふりがな 氏名	(間柄： )							
	住所								
	連絡先								
定期的に利用し ている医療機関 や介護・障害福祉 事業書の連絡先	名称：						電話番号：		
	名称：						電話番号：		
	名称：						電話番号：		



(様式第 6 号)

年 月 日

F A X N o .

(送信元)

(送信先)

瀬戸内市災害対策本部

⇒

## 福祉避難所 開設要請書

災害発生時における福祉避難所の設置運営に関する協定書第 3 条の規定に基づき、福祉避難所の開設について、次のとおり要請します。

記

開設期間	年 月 日 ( ) から
	年 月 日 ( ) まで
開設施設	
その他	

連絡先

瀬戸内市災害対策本部 担当者：

電話：

(様式第7号)

年 月 日

### 福祉避難所 避難者名簿

避難者氏名：		年齢：	性別： 男 ・ 女
住所：		電話：	
親族等氏名：		年齢：	性別： 男 ・ 女
親族等氏名：		年齢：	性別： 男 ・ 女
親族等氏名：		年齢：	性別： 男 ・ 女
親族等氏名：		年齢：	性別： 男 ・ 女
緊急 連 絡 先	氏名：	電話：	
	住所：		
	氏名：	電話：	
	住所：		
配 慮 事 項	ケガ ・ 病気 ・ 障がい ・ アレルギー ・ 食事 ・ 要介護 ・ 妊娠中		
	（ その他 ）		
他から問い合わせがあった場合の氏名及び住所などの公表の可否			可 ・ 否
退所年月日：		転出先：	
転出先住所：		転出先電話：	
備 考			

(様式第8号)

年 月 日

FAX No.

(送信元)

(送信先)

⇒ 瀬戸内市災害対策本部

### 福祉避難所 避難状況報告書

**【福祉避難所名】**

(施設名)

(担当者)

TEL :

FAX :

**【報告日時】**

年 月 日 ( ) 午前 ・ 午後 時 分

避難者	現在数 (A)		前日数 (B)		差引 (A-B)	
	世帯数	世帯	世帯数	世帯	世帯数	世帯
	人数	人	人数	人	人数	人
状況	運営	相談窓口	設置済み	未設置		
	設備	建物	異常なし	( )		
		電気	異常なし	停電		
		水道	異常なし	断水		
		電話	異常なし	不通		
		その他				
	地域	土砂崩れ	あり	なし	未確認	
		浸水	あり	なし	未確認	
		道路	通行可	片側通行可	通行不可	
		その他				

連絡事項 (対応状況、要求事項など)

対処すべき、また、予見される事項 (避難者の健康状態、避難所の生活環境、雰囲気など)

(様式第9号)

年 月 日

FAX No.

(送信元)

(送信先)

⇒ 瀬戸内市災害対策本部

### 福祉避難所 物資等要望書

**【福祉避難所名】**

(施設名)

(担当者)

TEL :

FAX :

**【報告日時】**

年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分

依頼内容	食糧	月 日 ( ) 時 分	食
	飲料水	月 日 ( ) 時 分	リットル
受領日時	食糧	月 日 ( ) 午前・午後 時 分 ( 食)	
		月 日 ( ) 午前・午後 時 分 ( 食)	
	飲料水	月 日 ( ) 午前・午後 時 分 ( リットル)	
		月 日 ( ) 午前・午後 時 分 ( リットル)	
配送場所			
受領担当者			
特記事項(食糧・飲料の内訳等)	例) うち、柔らかい食糧 ( ) 食 食物アレルギー対応食品 ( ) アレルギー用 ( ) 食		

※瀬戸内市災害対策本部使用欄

**【受信日時】**

年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分

受信者氏名			
手配内容	食糧	月 日 ( ) 時 分	食
	飲料水	月 日 ( ) 時 分	リットル
手配日時	食糧	月 日 ( ) 午前・午後 時 分 ( 食)	
		月 日 ( ) 午前・午後 時 分 ( 食)	
	飲料水	月 日 ( ) 午前・午後 時 分 ( リットル)	
		月 日 ( ) 午前・午後 時 分 ( リットル)	
特記事項			

