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

（裏面）

【質問事項】

　⑴　【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　　⇒　**⑵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

　⑵　【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　　⇒　**⑶へ進んでください**

　□　同意しません（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　⇒　質問は以上です

⑶　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、その際はご協力ください

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。）**

|  |
| --- |
| □ 避難先（指定避難所又は安全な場所）までの距離が遠い□ 自宅や周辺での災害の危険性が極めて高い□ 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）

避難行動要支援者　個別避難計画

取扱注意

作成日：　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 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 | □ 日中同居　　□ 夜間同居 |
| 緊急時の連絡先① |  | （間柄：　　　　　　） |
| 住所 |  |
| 連絡先 |  |
| 緊急時の連絡先② |  | （間柄：　　　　　　） |
| 住所 |  |
| 連絡先 |  |
| 避難支援等実施者① |  | （間柄：　　　　　　） |
| 住所 |  |
| 連絡先 |  |
| 避難支援等実施者② |  | （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： |
| 避難時に配慮しなくてはならない事項 | （あてはまるものすべてに☑）□ 介護保険の認定を受けている【要介護状態区分：　　　　　　 　　　　　　　　】□ 手帳所持【障害名：　　　　　　　　　　　 　等級：　　　　 　　　　　　　　】□ 難病の特定医療費等の支給を受けている□ 医療機器の装着や使用等をしている【 □ 人工呼吸器　　 □ 酸素　 　□ 透析 】□ 一人で立つことや歩くことができない　　　□ 音が聞こえない（聞こえにくい）□ 物が見えない（見えにくい）　　　　　　　□ 危険なことを判断できない□ その他【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　 　　　　】 |
| 避難時に持っていくもの | □ 薬、お薬手帳　　　□ 眼鏡　　　□ 補聴器　　　□ 入れ歯　　　□ 杖□ 車いす　　　□ シルバーカー□ その他【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 |
| 自宅周辺のハザード | □ 洪水【 浸水深：　　　～　　　ｍ 】　　　□ 土砂災害　　　□ 高潮□ 地震【 最大震度： 　　　　　　　】　　　□ 津波【 浸水深：　　　　　　ｍ 】 |
| 避難場所① | 名称： | 住所： |
| 避難場所② | 名称： | 住所： |
| 避難支援時・避難所での留意事項 |  |
| 避難経路等 |  |

※本計画は、避難支援等実施者による災害時の避難支援を保証するものではありません。また、避難支援等実施者は、

避難支援等について法的な責任や義務を負うものではありません。

（様式第6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　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 | 世帯 |
| 人数 | 人 | 人 | 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　 | ㍑　 |
| 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　（ 　　㍑） |
| 　　 月　　　日 （　　）　午前・午後　　　時　　　分　（ 　　㍑） |
| 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 | ㍑　 |
| 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　（ 　　㍑） |
| 　　 月　　　日 （　　）　午前・午後　　　時　　　分　（ 　　㍑） |
| 特記事項 |  |

（様式第10号）

年　　月　　日

訓練実施結果報告書

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 実施日時 | 年　　月　　日　　：　　　～　　　　年　　月　　日　　：　　まで  |
| 実施場所 |  |
| 想定災害（該当する□にチェック） | □　洪水　　　　□　土砂災害　　　　□　高潮　　　□　津波□　その他の災害（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 訓練種類・内容（該当する□にチェック） | 　□　図上訓練 | 　□　情報伝達訓練　　　　　　　 |
| 　□　避難経路の確認訓練 | 　□　立退き避難訓練 |
| 　□　垂直避難訓練　　　　　　　 | 　□　持ち出し品の確認訓練 |
| 　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| （訓練内容を自由記載） |
| 訓練参加者・参加人数 | 　職員（ 全員 ・ 一部 ）　　　　名施設利用者等（ 全員 ・ 一部 ）　　　　名　その他訓練参加者：家族　　　　名　　　 地域住民等　　　　名　　　　　　　　　　その他（　　　　　　 　　　　　　）　　　　名 |
| 訓練実施責任者 | 職　　　　　　　　　　　氏名 |
| 確認事項 | □　支援に要した人数 | 名 | □　避難に要した時間 | 時間　　分 |
| □　避難先や避難経路の安全性 |
| その他 |
| 訓練によって確認された課題とその改善方法等 |  |
| 報告書作成者 | 職　　　　　　　　　　　氏名 |