

申請年月日 年 月 日

古賀市長 宛て

申請者 氏名 _____ (対象者との関係 _____)

古賀市避難行動要支援者名簿登録(変更)申請書

次のとおり登録(変更)を申請します。

フリガナ 氏名		フリガナ 保護者氏名	(対象者が18歳未満の場合記入)		
生年月日	年 月 日 (歳)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	血液型	
住所	古賀市				
電話番号	- -	自治会	<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入		
携帯電話番号	- -	FAX番号	- -		
同居家族	氏名 (続柄)	氏名 (続柄)			
	氏名 (続柄)	氏名 (続柄)			
避難支援等を 必要とする 事由	<input type="checkbox"/> 介護保険法による要介護認定を受けている者 (認定区分 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の交付を受けている者 (障がいの程度 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級) <input type="checkbox"/> 療育手帳の交付を受けている者 (障がいの程度 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者 (障がいの程度1級) <input type="checkbox"/> 70歳以上の一人暮らしの者で、自力避難が困難で名簿登録を希望する者 <input type="checkbox"/> 75歳以上の高齢者のみの世帯で、自力避難が困難で名簿登録を希望する者 <input type="checkbox"/> その他 (理由 _____)				
避難時に配慮 してほしいこと等	<input type="checkbox"/> 立つことや歩行が困難である <input type="checkbox"/> 音が聞こえない (聞き取りにくい) <input type="checkbox"/> 物が見えない (見えにくい) <input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解が難しい <input type="checkbox"/> 危険なことを判断できない <input type="checkbox"/> 顔を見ても知人や家族とわからない その他 (_____)				
避難支援者 (災害時に避難支援していただける方) ※避難支援者となる方の同意を得てください。					
氏名①	(対象者との関係) 家族・近隣住民・その他 (_____)				
住所					
電話番号	(自宅) - -	(携帯)	- -		
氏名②	(対象者との関係) 家族・近隣住民・その他 (_____)				
住所					
電話番号	(自宅) - -	(携帯)	- -		

●緊急時の家族等の連絡先

氏名	対象者との続柄	住所	電話番号
			— —
			— —
			— —

かかりつけ医	医療機関名①		電話番号	— —
	医療機関名②		電話番号	— —
治療中の病気 又は障がい名				
治療（障がい） 内容				
避難時に持っ ていくもの	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 補聴器 その他 ()			
避難時に持っ ていく薬	(例) 血圧を下げる薬、糖尿病の薬			
避難する場所				

居宅介護支援事業所	(ケアマネージャー：)	電話番号	— —
相談支援事業所	(相談支援専門員：)	電話番号	— —

※ 避難行動要支援者名簿へ登録すること及び避難支援等関係者への情報提供に同意することにより、災害時に支援が必ず行わ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、法的な責任や義務を負うものではありません。

※ 施設入所（ショートステイを除く。）や長期入院をされた場合は、対象外として取り扱います。施設入所や長期入院から帰宅された場合は、再度登録できますので、福祉課（TEL092-942-1150）にご連絡ください。

上記の内容を避難行動要支援者名簿に登録するとともに、その内容を支援等のために避難支援等関係者（自主防災組織、民生委員・児童委員、社会福祉協議会、消防機関、警察等支援を行うのに必要と思われる機関及び団体）に対して、平常時に情報を提供することに

同意します 同意しません

古賀市避難行動要支援者名簿登録廃止届出書

年 月 日

古賀市長 宛て

申請者 住所 _____

氏名 _____

電話 _____

登録者との続柄 _____

下記のとおり古賀市避難行動要支援者の登録廃止を申請します。

記

登録者	住所	古賀市
	氏名	
	生年月日	年 月 日生
廃止理由		

古賀市避難行動要支援者名簿情報提供同意書

古賀市長 様

氏名
代理人氏名
(本人との関係)

(1)私は、災害発生時に避難の支援を

希望する 希望しない(避難の支援は不要)

↓ (2)を回答

(2)私は、災害の発生に備え、平常時から①避難支援等関係者へ②避難行動要支援者リストとして情報提供することに

同意する 同意しません

※災害時に備えた個別計画が作成できず
支援に遅れが生じることがあります。

①避難支援等関係者

自主防災組織、古賀市民生委員・児童委員協議会、社会福祉法人古賀市社会福祉協議会、粕屋北部消防本部、古賀市消防団、粕屋警察署、その他避難支援等の実施に関し必要と認める機関、団体

②避難行動要支援者リストに記載される項目

氏名、年齢、性別、住所、電話番号、対象区分、避難支援者、その他避難支援等の実施に関し必要と認める事項

※災害発生時は、同意の有無にかかわらず、災害対策基本法に基づき、避難支援等関係者へ情報提供することがあります。

※避難支援等関係者への情報提供に同意することにより、災害時に避難の支援を受ける可能性が高まりますが、避難支援等関係者本人又はその家族等の生命及び身体の安全を守ることが最優先されます。

※同意によって、避難支援等が必ずなされることを保証するものではなく、可能な範囲で行うものであるため、避難支援等関係者が法的な責任や義務を負うものではありません。

※記載内容については、変更等の申し出がない限り自動継続とします。

避難行動要支援者の名簿情報の提供と利用に関する協定書

古賀市(以下「甲」という。)と (以下「乙」という。)とは、甲が保有する避難行動要支援者の名簿情報(以下「名簿情報」という。)を乙に提供するに当たり、次のとおり協定書を締結する。

(名簿情報)

第1条 名簿情報は、甲が古賀市避難行動要支援者避難支援プランに定める避難支援等関係者である乙に対し、避難行動要支援者の個人情報を提供することについて書面により同意した者の氏名、年齢、性別、住所(居所)、電話番号(連絡先)、避難支援等を必要とする理由、その他避難支援等に必要な情報とする。

(名簿情報の提供方法)

第2条 甲から乙への名簿情報の提供は、書面により行う。

(利用の目的)

第3条 乙は、名簿情報を避難行動要支援者に対する支援活動のために利用するものとする。

(利用及び提供の制限)

第4条 乙は、名簿情報を前条に規定する目的以外の目的に利用し、又は他に正当な理由なく提供してはならない。

(守秘義務)

第5条 乙は、名簿情報により知り得た事項を正当な理由なく他に漏らしてはならない。避難行動要支援者の避難支援等に携わらなくなった後も、同様とする。

(名簿情報管理者)

第6条 乙は名簿情報管理者を定め、避難行動要支援者の権利利益を侵害することのないよう名簿情報の適正な管理のために必要な措置を講じるものとする。

(管理状況の記録)

第7条 名簿情報管理者は、名簿情報の管理に関する状況を管理台帳に記録し、名簿情報とともに保管しなければならない。

(複写及び複製の禁止)

第8条 乙は、名簿情報を複写し、又は複製してはならない。ただし、第3条に規定する目的のため、やむを得ず当該名簿情報を複写し、又は複製する場合は、必要最小限度に行うものとし、その内容を管理台帳に記録しなければならない。

(利用及び管理状況の報告及び検査)

第9条 甲は、乙の名簿情報の利用及び管理状況について、必要に応じ報告を求めることができる。この場合において、乙は、書面により速やかに報告するものとする。

2 甲は、乙の名簿情報の利用及び管理状況について、乙に事前に通知したうえで検査することができる。この場合において、乙は、当該検査に協力するものとする。

(事故報告等)

第10条 乙は、名簿情報の紛失、漏えい等の事故が発生したときは、速やかに事故内容等の詳細を書面により甲に報告し、甲の指示に従うものとする。

(事故への対処)

第11条 乙の故意又は重大な過失により、名簿情報の紛失、漏えい等の事故が発生し、甲と避難行動要支援者又は法廷代理人との間で紛争があった場合は、甲及び乙は誠意を持って対処するものとする。

(名簿情報の返却)

第12条 乙は、更新等により保有する必要のなくなった名簿情報を直ちに甲に返却しなければならない。

(協定書締結期間)

第13条 この協定書は、締結の日から効力を有するものとし、甲又は乙から解除の申出がない限り、その効力を維持するものとする。

(その他)

第14条 本協定書に定めない事項又は本協定書に関し疑義が生じたときは、必要に応じて甲乙協議するものとする。

上記の協定書の締結を証するため、本書2通を作成し、甲乙それぞれ記名押印の上、各自1通を保有するものとする。

年 月 日

甲 古賀市駅東一丁目1番1号

古賀市長 ○○ ○○

乙 住所(法人その他の団体にあつては、所在地)

○○○○○○○○○○○○

団体名 ○○○○○○○○○

氏名(法人その他の団体にあつては、代表者の職氏名) ○○ ○○

個別計画(高齢者実態・避難行動要支援者調査)

行政区隣組 _____

更新年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

番号 _____

フリガナ 氏名		フリガナ 保護者氏名	(対象者が18歳未満の場合記入)		
生年月日	年 月 日 (歳)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	血液型	
住所	古賀市				
電話番号	— —	自治会	<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入		
携帯電話番号	— —	FAX番号	— —		
同居家族	氏名 (続柄)	氏名 (続柄)			
	氏名 (続柄)	氏名 (続柄)			
避難支援等を 必要とする 事由	<input type="checkbox"/> 介護保険法による要介護認定を受けている者 (認定区分 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の交付を受けている者 (障がいの程度 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級) <input type="checkbox"/> 療育手帳の交付を受けている者 (障がいの程度 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者 (障がいの程度1級) <input type="checkbox"/> 70歳以上の一人暮らしの者で、自力避難が困難で名簿登録を希望する者 <input type="checkbox"/> 75歳以上の高齢者のみの世帯で、自力避難が困難で名簿登録を希望する者 <input type="checkbox"/> その他 (理由 _____)				
避難時に配慮 してほしいこ と等	<input type="checkbox"/> 立つことや歩行が困難である <input type="checkbox"/> 音が聞こえない (聞き取りにくい) <input type="checkbox"/> 物が見えない (見えにくい) <input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解が難しい <input type="checkbox"/> 危険なことを判断できない <input type="checkbox"/> 顔を見ても知人や家族とわからない その他 (_____)				
避難支援者 (災害時に避難支援していただける方) ※避難支援者となる方の同意を得てください。					
氏名①	(対象者との関係) 家族・近隣住民・その他 (_____)				
住所					
電話番号	(自宅) — —	(携帯)	—	—	
氏名②	(対象者との関係) 家族・近隣住民・その他 (_____)				
住所					
電話番号	(自宅) — —	(携帯)	—	—	

●緊急時の家族等の連絡先

氏名	対象者との続柄	住所	電話番号
			— —
			— —
			— —

かかりつけ医	医療機関名①		電話番号	— —
	医療機関名②		電話番号	— —
治療中の病気 又は障がい名				
治療（障がい） 内容				
避難時に持つ ていくもの	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 補聴器 その他（ ）			
避難時に持つ ていく薬	（例） 血圧を下げる薬、糖尿病の薬			
避難する場所				

居宅介護支援事業所	（ケアマネージャー： ）	電話番号	
相談支援事業所	（相談支援専門員： ）	電話番号	

備考（生活の状況等）