

# 記入例

必ずお読みいただいてから、用紙に記入してください。

## 《重要事項》

- ・災害時に地域の支援を希望する方のみご提出ください。地域の支援を必要としない場合(近隣に親族がいる等の理由により支援は不要の場合)はご提出は不要です。
- ・ご記入いただいた内容を可能な範囲でそのまま登録します。
- ・右の見本の灰色の部分、区が持っている情報を記載しています。

- ① 登録者本人の連絡先を記入してください。登録できる連絡先は、それぞれ一つになります。複数の連絡先を記入していただいても、ご登録できません。
- ② 登録者の状態に該当するものに一つチェックをしてください。
- ③ 緊急連絡先を一つ記入してください。ご登録できるのは、お一人(電話番号は一つ)になります。続柄には、登録者本人から見た関係を記入してください。また、緊急連絡先になられた方にも、この取組みを説明いただき、緊急連絡先として登録することの了解を取っておってください。
- ④ 避難支援の際の参考とするための項目です。かかりつけ医、介護支援事業所その他配慮を要する事項がある場合にご記入ください。
- ⑤ 本取組に同意する場合(地域での支援を希望し、情報を区と共有することに同意する)は、署名してください。ご本人様が記入する場合、本人との関係欄は空欄で大丈夫です。

## 《問合せ先》

中央区福祉保健部高齢者福祉課高齢者福祉係  
 電話 3546-5354・5353 FAX 3248-1322  
 Mail kofuku\_01@city.chuo.lg.jp

# 記入見本

第2号様式(第4条・第6条関)

中央区災害時地域たすけあい名簿外部提供同意書(新規・更新)

フリガナ	チュウオウ タロウ	性別	男
氏名	中央 太郎	生年月日	昭和〇年〇月〇日
住所	中央区築地〇-〇-〇		
連絡先	電話番号: 03-1234-XXXX FAX番号: 03-1234-△△△△ メールアドレス: chuo-taro@***.jp		
避難支援等を必要とする事由	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳所持者(等級: 級 種別: ) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳所持者( 級) <input type="checkbox"/> 愛の手帳所持者( 度) <input type="checkbox"/> 要介護認定者(認定区分: ) <input type="checkbox"/> 75歳以上ひとり暮らし <input type="checkbox"/> その他( )		
世帯状況	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 日中ひとりのことが多い <input checked="" type="checkbox"/> 同居者はいるが介助困難(留意事項)		
避難に関する事項	<input type="checkbox"/> 自力で歩行できるが誘導案内が必要 <input checked="" type="checkbox"/> 歩行介助が必要 <input type="checkbox"/> 車いすを使用 <input type="checkbox"/> 寝たきりで自力での移動は不可能		
緊急時の連絡先 ご家族、ご親戚 又はご友人等 (ご本人以外の方)	氏名	中央 花子	続柄 子
	住所	△△市××町1-2-3 電話番号: 090-****-####	
その他配慮を要する事項	(例) かかりつけ医 ●●病院 介護支援事業所 ●●事業所 人工透析で通院中		

地域の支援者等へあらかじめ情報提供することにより、災害発生時において支援を受ける可能性が高まりますが、支援者自身や家族などの安全が前提のため、状況によっては支援ができない場合もあることをご了承ください。また、支援者は支援の実施について法的な責任や義務を負うものではありません。

## 署名欄への署名忘れにご注意ください

(宛先) 中央区長

〇年 △月 ×日

氏名 中央 太郎(中央 花子) 本人との関係 子  
※本人又は保護(介護)者署名 ※本人以外からの届出の場合のみ記入

※ 同意の意味について、変更の申出がない限り、次に同意の意味確認をするまで自動継続とします。  
 ※ 上記登録事項の確認等を行うため、地域の支援者等がご自宅を訪問することがありますので、その際はご協力ください。