

# 大阪市阿倍野区災害時等要援護者名簿登録申請書兼同意確認書

〔提出先〕 大阪市長

私は、大阪市阿倍野区災害時等要援護者名簿の登録について、次のすべての事項に

## 同意して登録を申し込みます ⇒ 裏面の記入をお願いします

- ・この申請書にある個人情報、災害の発生時の避難行動支援及び平時の日常的な個別状況把握や個別支援などに役立てられるため、大阪市長に提供されること。
- ・この申請書に基づき作成された名簿が阿倍野区の地域振興会、地域活動協議会、民生委員児童委員協議会、社会福祉協議会・地区社会福祉協議会、関係行政機関等、大阪市地域防災計画に規定する地域自主防災組織に提供されること。
- ・この申請書に記入された事項に加え大阪市長が持つ 自立認定の有無、難病患者の方は人工呼吸器等の使用医療機器の情報についても上記提供先へ提供すること。
- ・上記の事項に変更が生じた場合は、大阪市長が保有する情報に基づき更新のうえ、大阪市長および上記団体に提供されること。
- ・この名簿の登録により、災害時等の優先的な避難行動支援が保証されるものでないこと。

## 次の理由により同意しません。

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 家族( )と同居中のため必要がない | <input type="checkbox"/> 個人情報を提供したくない   |
| <input type="checkbox"/> 施設に入所している( )      | <input type="checkbox"/> その他(記載をお願いします) |
| <input type="checkbox"/> 見守りの必要がない         | [ ]                                     |

令和 年 月 日

 本人住所と同じ

住所

氏名

代筆者

## 〔立会人記入欄〕

この申込は、申込者の意思で申込みを行ったことに相違ありません。このことを証するため、立会人(2名)が本人の意思を確認して申込みを行ったことを証します。

(立会人氏名)

(本人との関係)

(立会人氏名)

(本人との関係)

## 〔法定代理人等記入欄〕

この名簿には、私が法定代理人であることを証する書面を示して申し込みます。

住所

氏名

本人との関係

&lt;処理欄&gt;

担当( )

- 郵送
- 訪問
- 来所
- S-登録
- E-登録

表面の同意事項に同意いただいた方は、ご記入をお願いします。

記入日：令和 年 月 日

|      |         |     |                   |
|------|---------|-----|-------------------|
| フリガナ |         | 男   | 明治・大正・昭和・平成・令和・西暦 |
| 本人氏名 |         | 女   | 年 月 日 (満 歳)       |
| 住 所  | [町会名: ] | 電 話 | 自宅<br>ファックス       |
|      | 阿倍野区    |     | 携 帯               |

|                |            |       |     |             |
|----------------|------------|-------|-----|-------------|
| 緊急<br>連絡先<br>① | フリガナ<br>氏名 | (続柄 ) | 電 話 | 自宅<br>ファックス |
|                | 住所         |       |     | 携 帯         |

|                |            |       |     |             |
|----------------|------------|-------|-----|-------------|
| 緊急<br>連絡先<br>② | フリガナ<br>氏名 | (続柄 ) | 電 話 | 自宅<br>ファックス |
|                | 住所         |       |     | 携 帯         |

(1) 1~5は該当する番号を○で囲い( )内に状況を記入してください 6は□をチェックしてください

|  |                     |
|--|---------------------|
| 1 身体障がい者手帳 ( 級) 障がいの部位( )  |                     |
| 2 療育手帳 ( 判定)   | 3 精神障がい者保健福祉手帳 ( 級) |
| 4 介護認定(要介護 ) (要支援 )  |                     |
| 5 事業所名( ) 電話 ( )   |                     |
| 6 <input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者/障害者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 家族同居だが日中は支援を必要とする |                     |
| <特記事項>   |                     |

(2) 該当する番号を○で囲ってください

|  |         |         |          |           |
|--|---------|---------|----------|-----------|
| <b>(A) 階段の昇り降りについて</b>                         |         |         |          |           |
| 1 できない   | 2 支えが必要 | 3 手すり   | 4 杖など    | 5 何もつかわない |
| <b>(B) 屋外の移動について</b>                           |         |         |          |           |
| 1 できない   | 2 電動車イス | 3 車イス   | 4 杖など    | 5 何もつかわない |
| <b>(C) コミュニケーションの不安について</b>                    |         |         |          |           |
| 1 視 力  | 2 聴 力   | 3 意思の伝達 | 4 指示への理解 | 5 不安はない   |
| ●避難時に特に配慮が必要なことがあればご記入ください。(例:居場所、声のかけ方、持ち物など) |         |         |          |           |

(3) 受診している医療機関名と主な病名などを記入してください

|                  |                           |
|------------------|---------------------------|
| <b>医 療 機 関 名</b> | <b>主 な 病 名 な ど</b>        |
| ■主治医             | ■アレルギーはありますか<br>なし・あり ( ) |
| ■病院名             | ■病 名                      |

(4) その他

|  |
|--|
|  |
|--|