

様式5
避難行動要支援者(変更・廃止)申請書

裏面に
問診あり

同意欄		申請年月日		令和 年 月 日	
(宛先) 岡崎市長 私は、避難行動要支援者支援制度の趣旨に賛同し、同制度に登録していますが、下記のようにしたいので申請します。 ☐ I 申請内容を変更したい。 ☐ II 登録を取りやめたい。					
フリガナ 本人氏名		フリガナ 代理人氏名	印	続柄	
	(※)本人が手書きしない場合は、記名押				
生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日	代理人住所	〒		

変更欄					
フリガナ 氏 名					
住 所		岡崎市			
方 書		電話番号	自宅 携帯		
※登録する申請欄へ「○印」をつけてください					
避難行動要支援者区分※	申請	避難行動要支援者区分※	申請	「⑨その他」の場合は具体的な理由	
①ひとり暮らし高齢者		⑤知的障がい者			
②高齢者世帯		⑥精神障がい者			
③介護保険 (要介護3以上)		⑦難病患者			
④身体障がい者		⑧戦傷病者手帳			
		⑨その他			
具体的な身体等の状況・特記事項 (利用器具の状況、支援して欲しい事項等) について 裏面の問診にお答えいただき、必要であれば追記してください。					
緊急時の家族等連絡先 (電話番号は自宅の他、携帯電話の番号もお願いします) ※※					
	フリガナ 氏 名	続 柄	住 所	電話番号	
第 1			〒		
事務欄					
第 2			〒		
事務欄					

※申請書の提出・お問合せ先
①②長寿課 23-6147 ③介護保険課 23-6683 ④⑤障がい福祉課 23-6113
⑥⑦障がい福祉課 23-6180 (小児慢性特定疾病のみのかたは健康増進課 23-6069)
⑧⑨戦傷病者・その他制度のお問合せ 福祉政策課 23-6922 FAX 73-1750
※※本人の住所は、岡崎市に提出される転居届・転出届によって更新されますので、
ご了承ください。

特記事項

☐ : 該当なし

☐ : 該当あり（該当項目の番号に○をつけてください。）

- 1 生命を維持するために常用している薬があり、携帯が必要です。
(薬名 : _____)
- 2 目が悪いため、音声で呼びかけをしてほしいです。
- 3 耳が聞こえないため、筆談や手話などにより呼びかけをしてほしいです。
- 4 耳の聞こえが良くないので、大きな声で呼びかけてください。
- 5 避難所までの移動に、担架が必要です。
- 6 避難所までの移動に、車いすが必要です。
- 7 歩きに問題はありませんが避難所まで付き添いが必要です。
- 8 人工透析（血液透析、腹膜透析など）を行っています。
- 9 避難所まで酸素ボンベを携帯していきます。
- 10 人工呼吸器が常に必要です。
- 11 避難所で酸素ボンベや酸素濃縮器が必要です。
- 12 避難所でたん吸引が必要です。
- 13 避難所で吸入器（ネブライザー）が必要です。
- 14 ペースメーカー等を使用しているため、携帯電話の利用に配慮が必要です。
- 15 カテーテル留置をしているため、排尿に配慮が必要です。
- 16 人工肛門のためストマ用装具が必要です。
- 17 胃瘻(いろう)や中心静脈栄養のため、食事に対して配慮が必要です。
- 18 食事に対して配慮（きざみ食など）が必要です。
- 19 理解することが苦手なので、わかりやすい言葉で話してください。
- 20 じっとしていることが苦手なので、配慮が必要です。
- 21 こだわりが強いので、配慮が必要です。
- 22 認知症ですので、配慮が必要です。
- 23 精神障がい（精神の不安定、幻聴・幻覚など）に対するフォローが必要です。
- 24 大声を出したり、他害・自傷のおそれがあるので、配慮が必要です。

入院や介護保険施設入所の方(予定の方)へ

- 1 入院ですか？施設入所ですか？ (入院 ・ 入所) ○をつけてください
- 2 この病院(あるいは施設)ですか？
(病院名または施設名) _____