

様式5  
災害時避難行動要支援者(変更・廃止)申請書 (旧 災害時要援護者)

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、登録災害時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。 <input type="checkbox"/> <b>I 申請内容を変更したい。</b> <input type="checkbox"/> <b>II 登録を取りやめたい。</b>						
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、記名押印してください。						
生年月日	明治・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 23-6851 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。

災害時の対応に必要な事項です  
ので、正確に記載してください

特記事項について、該当するものがあれば番号へ○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 避難所まで酸素ポンペを携帯していきます。
- 10 人工呼吸器が常に必要です。
- 11 避難所で酸素ポンペ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 どの病院(あるいは施設)ですか？  
(病院名または施設名) \_\_\_\_\_