■住居の状況等　※(☑をつけて下さい)

住居の間取りを簡単に記載し、〇で昼間居室、△で寝室の位置を記載して下さい。
なお、方角や階が判るようにしてください。

住居の状況	住居形態	住居の構造	建築時期
	□１軒家 □集合住宅 □その他(　　)	□木造 □鉄骨 □その他(　　)	□昭和 56 年 5 月以前 □昭和 56 年 6 月以降 □不明
	耐震補強	**建物階層**	**家具固定状況（転倒防止等実施状況）**
	□実施済み □未実施 □不明	□地上(　　)階 □地下(　　)階	□寝室は実施済み □昼間居室は実施済み □未実施

特筆すべき事項		
	日常必要な医療機器等	□おむつ　□人工透析　□在宅酸素　□人工呼吸器 □たん吸引器　□吸入器（ネブライザー）　□尿道カテーテル留置 □ストマ用装具（人工肛門）　□ストマ用装具（人工膀胱） □胃ろう　□中心静脈栄養 □その他（　　）
	特筆すべき事があれば記入 **（知られたく無ければ記入不要）**	病気： 服薬：

■普段から相談している民生児童委員がいれば記入してください（本書記載内容以外で緊急的に確認が必要なことがあった場合のため）

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

様式第１号（第２条関係）
（あて先）南伊勢町長

整理番号：

年　　月　　日

南伊勢町見守り支援対象者登録制度届出書兼同意書（新規・変更）

対象者	フリガナ	
	氏 名	
	住 所	〒　　南伊勢町

代理人記載の場合のみ	代理人氏名【自署】	登録者との続柄（関係）	代理人の連絡電話番号

この届け出により、避難支援等関係者等（役場、町立南伊勢病院、南島メディカルセンター、南伊勢町地域包括支援センター、南伊勢町社会福祉協議会、民生児童委員、区、自主防災組織、消防及び警察）への情報提供に同意することにより、災害発生時における避難行動の際の支援を受ける可能性が高まりますが、支援者自身や家族等の安全が前提のため、同意によって、災害時の避難行動の支援が必ずなされることを保証するものではなく、また、避難支援等関係者等は、法的な責任や義務を負うものではありません。

上記の内容を理解し、避難の支援、安否の確認、その他の生命又は身体を災害から保護を受けるために本紙の内容（氏名、生年月日、性別、住所、障害種別等の内容、連絡先等）及び障害名や病名等（黄色枠内）を、南伊勢町地域防災計画に定める避難支援等関係者等に提供することに、**（該当する項目に☑をつけてください。）**

□同意します。
□趣旨を十分理解したうえで同意しません。
□同意するかしないかを判断するために、町からの詳細な説明を求めます。

※同意の意思について、変更の申し出がない限り自動継続とします。
※登録の内容に変更が生じた場合は、再度本届出書をご提出ください。
※避難行動要支援者情報を作成するため、訪問調査を行う事がありますが、その際はご協力ください。
※代理人記載の場合は、本人の意向を確認させていただく場合があります。
※この様式で示す民生児童委員及び区は、届出いただいた方の居住する地域の民生児童委員及び区をいいます。また自主防災組織は居住する地域の区長の推薦を受け町長が認めた組織をいいます。

生年月日	年　月　日	自宅電話番号	
性　別	男　・　女	携帯電話番号	

避難支援を必要とする事由（複数可。）				
	□	要介護認定者（要介護３以上）	□	75 歳以上の者でのみ構成された世帯
	□	身体障害者手帳保持者（1 級又は 2 級）	□	独居世帯
	□	療育手帳保持者	□	家族昼間留守世帯
	□	精神障害者保健福祉手帳保持者	□	日本語の理解が十分ではない外国人
	□	特定疾患医療受給者証保持者	□	小児慢性特定疾患医療受診券保持者
	□	妊婦（　　年　　月出産予定） 乳幼児　　など	□	その他理由 （　　）

■津波避難予定場所　【第１候補】＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿徒歩＿＿＿分
【第２候補】＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿徒歩＿＿＿分

１頁から３頁（黄色枠内と青色枠内）は緊急時の連絡先や普段の健康状態を登録し、平常時の見守り活動や、緊急時の救助活動、発災後の支援に活用されます。

□常時の見守り活動への利用のため避難支援等関係者等（役場、町立南伊勢病院、南島メディカルセンター、南伊勢町地域包括支援センター、南伊勢町社会福祉協議会、民生児童委員、区、自主防災組織、消防及び警察）へ情報提供に同意する。

□常時からの情報提供には同意しないが、緊急時（大規模災害時又は救急搬送時親族等と連絡が取れない場合等）町長が認めたときは、避難支援等関係者等（役場、町立南伊勢病院、南島メディカルセンター、南伊勢町地域包括支援センター、南伊勢町社会福祉協議会、民生児童委員、区、自主防災組織、消防及び警察）への情報提供に同意する。

□同意するかしないかを判断するために、町からの詳細な説明を求めます。

		緊急連絡先①		緊急連絡先②	
緊急連絡先（同居者でも非同居者でも可）（同居者の場合は住所を省略して【同居者】と記載してください。）	フリガナ		フリガナ		
	氏名		氏名		
	住所	〒	住所	〒	
	勤務先名称		勤務先名称		
	勤務先住所	〒	勤務先住所	〒	
	勤務先電話		勤務先電話		
	続柄		続柄		
	自宅電話		自宅電話		
	携帯電話		携帯電話		
		支援者連絡先①		支援者連絡先②	
地区内の支援者連絡先（私のことはこの人に聞いてという方を記入）（緊急連絡先と同じ場合は同上可）	フリガナ		フリガナ		
	氏名		氏名		
	住所	〒	住所	〒	
	続柄		続柄		
	自宅電話		自宅電話		
	携帯電話		携帯電話		

※緊急連絡先及び支援者連絡先に記載の情報は記載相手方本人に直接記載してもらってください。ただし、本人の記載が困難な場合は相手方の同意を取ってからご記入ください。

■健康状態等支援に必要な情報

心身の状況	歩行の状況	□歩ける　□介助があれば歩ける　□車いすで自力移動可能 □車いすで介助があれば動ける　□自分では、ほとんど若しくは全く動けない	
	防災情報を知る際の問題	□寝たきり　□視覚障がい　□聴覚障がい □判断能力不十分　□会話ができない □日本語が読めない　□その他（　　）	
	今の社会福祉施設等の利用状況（介護保険施設等の名称を全て記入して下さい。）	施設名称	電話番号
	担当ケアマネージャーの名称・所属等	氏名（カッコ内に所属施設名を記入してください）	連絡電話番号
		（　　）	
	特記事項	（伝えたいことがあれば記入してください）	
係りつけ医	医療機関名	①	②
	電話番号		
	担当医		

係りつけ医（歯科）	医療機関名		電話番号	

ご家族に現役又はOB、OGで医師、看護師、薬剤師、保健師、社会福祉士、児童福祉司、作業療法士、ヘルパー、警察官、消防士等の有資格者がいらっしゃいましたらその情報を記載ください。

有資格者氏名及び資格名		現役　・　退職

南伊勢町見守り支援登録制度において、避難支援等関係者等（町立南伊勢病院、南島メディカルセンター、南伊勢町地域包括支援センター、南伊勢町社会福祉協議会、民生児童委員、区、自主防災組織、消防及び警察）のなかで、あなたが普段からの情報共有に同意しない組織があれば下記にご記入ください。

不同意の組織名をご記入ください。	

４頁の（オレンジ枠内）については平常時の情報提供は行なわず、緊急時の救助活動、発災後の支援に活用するため、町長が必要と認めたときのみ避難支援等関係者等に提供されます。