

■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、○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。

4

浴室 台所 玄関

裏口 トイレ

リビング ○ 廊下

寝室 △ 和室 洋室

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(1)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 ()	
		病気	
	特筆すべき事があれば記入 (知られなく無ければ記入不要)	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

記入例

整理番号: H29 年 4 月 1 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	ミナミイセ ハナコ	地区名	
	氏名	南伊勢 花子	五ヶ所浦	
	住所	〒516-0101 南伊勢町五ヶ所浦 3057 番地		
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 (住所、氏名、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) の記載事項を避難支援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) 該当する☐に✓を入れてください。

☒ 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	昭和 10 年 1 月 1 日	自宅電話番号	0599-66-1111
性別	男 ・ 女	携帯電話番号	123-4567-8900
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】 ○○避難所 徒歩 5 分

【第 2 候補】 △△避難所 徒歩 8 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。

該当する□に✓を入れてください



緊急連絡先①		緊急連絡先②	
フリガナ	ミナミイセ タロウ	フリガナ	ミエ ミカン
氏名	南伊勢 太郎	氏名	三重 みかん
住所	〒516-8566 三重県伊勢市勢田町 628 番地 2	住所	〒516-1422 南伊勢町神前満 15 番地
勤務先名称	(株)みなみいせ	勤務先名称	
勤務先住所	〒	勤務先住所	
勤務先電話	0599-12-3456	勤務先電話	
続柄	長男	続柄	二女
自宅電話		自宅電話	0596-77-0001
携帯電話	222-3333-4444	携帯電話	555-6666-7777

血縁関係のある方
をご記入ください

支援者連絡先①		支援者連絡先②	
フリガナ	ミマモリ スルヨ	フリガナ	
氏名	見守 するよ	氏名	
住所	〒516-0101 五ヶ所満	住所	〒
続柄		続柄	
自宅電話	0599-11-2222	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

[illegible]

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。