

# 記入例（表面）

## K-Net登録調査票(兼申請書)・個別避難計画書 R612

(提出先) 柏市長 届出日 令和 年 月 日

本人署名  
**柏 太郎**

代理人署名 ※本人が「自書できない」「未成年である」場合は、代理人の署名が必要です

氏名(本人からみた関係)	住所	電話番号
柏 はな子 (妻)	柏市柏5-10-1	0▲0(▲▲00)0000

1. 避難行動要支援者(本人)情報

住所	自治会名(加入している場合)
柏市柏5-10-1	柏町会
(フリガナ) カシワ タロウ	連絡先(電話番号(携帯)・FAX・メールアドレス)
氏名	1. 04-7167-1111
柏 太郎	2.
(男・女) 男・大・昭 平・令 16年 7月 1日生	

2. 個人情報提供に関する同意及び施設入所等の確認欄 (いずれかにを記入してください)

私が届け出た個人情報を、私を支援してくれる地域の方々に提供することに

<input checked="" type="checkbox"/> 同意します	<input type="checkbox"/> 同意しません	<input type="checkbox"/> 長期の入院・施設入所
K-Net登録(裏面※1)について家族との情報共有をお願いします。	理由に <input checked="" type="checkbox"/> してください <input type="checkbox"/> 自力(家族)で対応できる <input type="checkbox"/> プライバシー保護のため <input type="checkbox"/> その他	登録対象外となるため、記入は以上です 返信用封筒でご提出ください

以下の項目を記入し、返信用封筒でご提出ください

3. 情報提供項目 (提供を希望しない情報がある場合は、記入しないでください)

① 緊急時の家族等の連絡先 (事前に、連絡先のかたの了承を頂いた上、ご記入ください。)

(フリガナ) カシワ ジロウ	電話番号
1. 氏名 柏 二郎 続柄(長男)	04-71△△-0000
(フリガナ)	電話番号
2. 氏名 続柄( )	

② 要支援者の状況(障害者手帳の有無・介護保険の利用者が否かにかかわらず、該当する項目全てにをお願いします)

目が ( <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない)	耳が ( <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input checked="" type="checkbox"/> 聞こえない)
歩行困難 ( <input checked="" type="checkbox"/> ゆっくりなら歩ける <input type="checkbox"/> 歩けない・車椅子が必要)	
その他 <input type="checkbox"/> 言葉が話せない <input type="checkbox"/> 理解力が乏しい	<input type="checkbox"/> 意思伝達能力が乏しい <input type="checkbox"/> 興奮しやすい

①本人または代理人の署名をお願いします。代理人は住所等のその他欄も記入してください。

②本人の住所・氏名・生年月日・自治会名(加入の場合)、電話番号等を記入してください。

### 重要

③いずれかに「」をつけてください。

④緊急連絡先を記入してください。

⑤本人の状況について該当する項目に「」をつけてください。

-----裏面あり-----

# 記入例（裏面）

## 個別避難計画書

以下の記載内容は、地域の方々には情報提供されません

この書類(個別避難計画書)は、災害に備えるため任意で作成するものです。災害時、行政機能はマヒし、公的な支援には相当の時間がかかるため、自ら避難行動に移れるように、必要な物品、支援者や避難方法を事前に確認し、日ごろから準備(計画)しておきましょう。(いずれかにチェックを記入)

作成します(同意): 続けて記入  作成しません(不同意): 記入終了

※災害時には、個別避難計画等に記載された情報を、支援に必要な限度で、柏市役所関係部署(消防含む)や警察等の避難支援等関係者に提供される場合があります。提供先では必要以上に共有しないなど、情報漏洩の防止に努めます。

4. 避難する際に配慮すること等

移動介助の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 自立歩行可 <input type="checkbox"/> 手をつなぐ <input type="checkbox"/> 杖・シルバーカー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー
持病のくすり等	<input checked="" type="checkbox"/> あり⇒薬名記入 アダラート(降圧薬)など ※別紙でも可
その他配慮事項	アレルギー <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( ) 配慮すべき持病等
その他特記事項	(例: 利用福祉サービス・利用施設等)

5. 避難支援者(複数選択可)

<input checked="" type="checkbox"/> 自助(家族等の支援を含む)で避難	【どなたに、どのような支援をお願いしていますか】 長男に来てもらい、自宅に被害があるかを確認し、避難が必要な場合は、避難先まで一緒に移動する。
<input type="checkbox"/> 医療・介護・福祉等のサービスを利用	
<input checked="" type="checkbox"/> 民間の移送事業者等を利用	
<input type="checkbox"/> 地域支援者【※注】	
<input type="checkbox"/> その他( )	

【※注】 地域支援者への声掛けや避難の支援の依頼は、ご本人又はご家族等から、普段のお付き合いの中でお願ひし、必ず同意を得た上で、ご記入ください。なお、支援者の支援は、確実な支援等を保証するものではなく、支援者は支援について法的な義務や責任は負いません。

6. 避難場所等【注意】 水害の恐れのある地域は浸水区域をハザードマップ等でご確認ください

近隣の避難場所	施設の名	(例)市立小学校・市立中学校など	柏市立柏第一小学校
その他の避難場所①	住所	柏市柏0丁目0番△△号	
	名称	柏 二郎(長男) 宅	電話 04-71△△-0000
その他の避難場所②	住所	〇〇市〇〇〇番地△△	
	名称	☆☆デイサービス	電話 04-▼▼▼▼-0000

避難生活に必要な設備

<input type="checkbox"/> 電源( )	
※コンセントが必要な医療機器 例: 人工呼吸器, 吸引機, 在宅酸素, カフアシスト	
<input type="checkbox"/> エレベーター <input type="checkbox"/> その他( )	

### 重要

⑥いずれかに「」をつけてください。

⑦避難の際に配慮することを記入してください。

⑧支援者と支援内容について記入してください。

⑨避難場所を記載してください。

※自宅が安全であれば必ずしも避難所等に避難する必要はありません。

避難場所は、公立の建物等だけではなく、親族や知人宅、福祉サービス、ホテル等の民間施設など幅広い視点でお考えください。

※1 登録は自動継続します。内容変更もしくは医療・福祉施設等に長期入院・入所された場合は、担当課へご連絡ください。

【お問い合わせ先】 柏市役所福祉部福祉政策課 電話 04-7167-1131 FAX 04-7164-3917

## 【表面に記載された情報について】

地域の方々への情報提供に同意された K-Net 登録者の情報は、市が名簿等に取りまとめ、災害に備え、お住まいの地域の町会・自治会・区、民生委員へ提供します。災害時は、地域住民による可能な範囲での安否確認等の支援に取り組みます。

## 【裏面に記載された情報について】

地域の方々には情報提供されません。災害時は、計画を確認し、ご本人又はそのご家族等の判断で避難を開始してください。