

K-Net登録調査票(兼申請書)・個別避難計画書

(提出先) 柏市長

届出日 令和 年 月 日

本人署名		
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
()		()

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)
(フリガナ)	連絡先(電話番号(携帯)・FAX・メールアドレス)
氏名	1.
(男・女) 明・大・昭・平・令 年 月 日生	2.

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 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☑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)	電話番号
1. 氏名 続柄()	
(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・介護保険の利用者か否かにかかわらず、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 type="checkbox"/> 聞こえない)
歩行困難 (<input 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"/> 言葉を話せない <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	

-----裏面あり-----

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

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 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 type="checkbox"/> あり⇒薬名記入 ※別紙でも可		
その他配慮事項	アレルギー <input 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 type="checkbox"/> 自助(家族等の支援を含む)で避難 <input type="checkbox"/> 医療・介護・福祉等のサービスを利用 <input 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()		(どなたに、どのような支援をお願いしていますか)	
【※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いし、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	施設の名称	(例) 市立小学校・市立中学校など	
その他の避難場所①	住所		
	名称	電話	
その他の避難場所②	住所		
	名称	電話	
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, カファシスト <input type="checkbox"/> エレベーター <input type="checkbox"/> その他()		

-----【表面の補足事項】-----

※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