

この調査票は必ず返信してください。

送付先住所
〒

様

避難行動要支援者名簿の情報提供に関する意向確認調査票

日田市では、災害時に自ら避難することが困難な者であって、避難のため特に支援を要する「避難行動要支援者」について、その方の情報を「避難行動要支援者名簿」として民生委員や自治会などの関係者（以下、「避難支援等関係者」という）で共有し、日ごろの見守り活動や災害時の安否確認等に役立てていきます。

あなたは、別紙のとおり日田市が定める避難行動要支援者の範囲に該当しますので、以下の質問に回答し同封の返信用封筒にて必ず返信してください。

※枠内の該当する項目にチェックをいれてください。

【この調査に回答する人】 本人 代理の人

質問1

現在、施設へ入居・入所 または長期（6か月程度）で入院していますか。

- はい <はい を選んだ場合は調査終了です。次の質問には回答せず返送ください。>
- いいえ <いいえ を選んだ場合は 質問2 へ>

質問2

災害の時に、家族や知人の支援がなくても自分一人で避難ができますか。

- はい <はい を選んだ場合は調査終了です。次の質問には回答せず返送ください。>
- いいえ <いいえ を選んだ場合は 質問3 へ>

質問3

災害の時のために、避難支援に必要なあなたの情報を避難支援等関係者と共有することに同意しますか。

- はい <はい を選んだ場合は裏面のあなたの情報を記入してください>
- いいえ <いいえ を選んだ場合は調査終了です。返送ください。>

回答期限： 令和 年 月 日（ ）

※回答期限までに返信がない場合は、市の担当課より連絡をさせていただくことがあります。

この調査票は必ず返信してください。

あなたの情報			CD
・ 枠内の該当するすべての項目について必ず記入をお願いします。 ・ あらかじめ記載されている項目については、誤りがある場合に訂正して記入してください。			
フリガナ		性別	
氏名		生年月日	
住所又は居所			
電話番号		携帯番号	
FAX 番号		世帯の状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 家族等と同居
あなたと関わりのある ケアマネジャー 包括支援センター 相談支援専門員	事業所名		
	電話番号	担当者名	
緊急連絡先	氏名		
	電話番号	あなたとの関係	

代理の人が記入された場合は、以下も記入してください。

フリガナ			本人との関係
氏名			
住所			
電話番号	自宅	携帯	

【問い合わせ先・担当課】

日田市福祉保健部長寿福祉課 電話:0973-22-8299(直通)

社会福祉課 電話:0973-22-8290(直通)

FAX : 0973-22-8258

日田市が定める「避難行動要支援者」の範囲

災害対策基本法に基づき、市では、避難行動要支援者の範囲について、次のとおり日田市地域防災計画で定めています。

以下に掲げる者で生活の基盤が自宅にある方のうち、災害が発生し又は災害が発生するおそれがある場合に、自ら避難することが困難な者について、避難行動要支援者として名簿を作成する。

- (1) 視覚障害、聴覚障害又は肢体不自由による身体障害者のうち、その障害の等級が1級又は2級の者
- (2) 知的障害者のうち、その障害の程度がA判定の者
- (3) 精神障害者のうち、その障害の程度が1級の者
- (4) 障害福祉サービスのうち「同行援護」又は「行動援護」の支給決定者
- (5) 難病患者のうち避難支援が必要な者
- (6) 要介護認定3以上の者
- (7) 認知症高齢者のうちその日常生活自立度の程度がⅡα以上の者
- (8) 上記以外の者で避難支援等関係者などから支援が必要と認められた者

地域支援等関係者への情報提供に同意をした後は

本通知で同意をされた方の情報は、避難支援等関係者へ共有し、平時の見守り活動や災害時の避難支援などに活用されます。

※同意をすることで、災害時の支援が必ずなされることを保証するものではありません。また、避難支援等関係者は、法的な責任や義務を負うものではありません。

また、毎年のように災害が起こる中、災害時の避難支援者や避難方法などをあらかじめ考えておく必要があり、これらを整理したものが「個別避難計画」です。この個別避難計画を事前に作成し、地域支援等関係者と情報共有・活用することで、災害時、慌てずに命を守る行動につながります。

後日、市や地域の支援者、福祉専門職などから、個別避難計画の作成についてご案内がありますので、皆さまのご理解・ご協力をお願いします。