

## 救命の一助に 救急医療情報キット「救急 命のバトン」を配付

町では、65歳以上でひとり暮らしの方を対象に、救急医療情報キット「救急 命のバトン」を配付しています。

「救急 命のバトン」は、緊急時に駆けつけた救急隊などが命のバトン(救急情報用紙)を発見することで、その方の病名などの情報を的確に知ることができ、救命の一助となるものです。

希望する方は、担当地区の民生委員・児童委員、または福祉課窓口へお申込ください。

**対象** 町内在住で65歳以上のひとり暮らしの方  
※日中、ご家族が不在でひとりになる方も含まれます。

**配付品** 救急医療情報キット「救急 命のバトン」一式(救急情報用紙・ケース・マークステッカー)

**料金** 無料



問 福祉課社会福祉班 ☎84-1257

## 民生委員・児童委員の訪問調査にご協力を

4月初旬から5月下旬まで、町内全域で民生委員・児童委員が、次の世帯を訪問し、緊急時の連絡先や民生委員・児童委員による定期訪問の希望の有無について調査を行います。

民生委員・児童委員が訪問したときは、ご協力をお願いします。

**対象** ① 65歳以上でひとり暮らし世帯

② 65歳以上の方のみで構成する世帯

問 福祉課社会福祉班 ☎(84)1257



## いつ起こるかわからない災害に備えて 災害時避難行動要支援者名簿を作成

町では、災害が発生したときに、特に配慮が必要な方(避難行動要支援者)の名簿を作成しています。名簿の登録対象者は次のとおりですので、申請書が届いた方は、必要事項を記入し福祉課へご返送ください。

### 名簿登録対象者

- ① 65歳以上でひとり暮らしの方または65歳以上の方のみの世帯
  - ② 介護保険における介護認定を受けていて、要介護3以上の方
  - ③ 身体障害者手帳の交付を受けていて、障害の程度が1級、2級または3級の方
  - ④ 視覚・聴覚の障害認定を受けている方のみ世帯
  - ⑤ 療育手帳の交付を受けていて、障害の程度が㊤またはA判定の方
  - ⑥ 精神障害保健福祉手帳の交付を受けていて、障害の程度が1級の方
  - ⑦ 指定難病の治療を受けている方
  - ⑧ ①から⑦に準ずる状態にある方
- ※長期間、病院へ入院している場合や施設へ入所している方は対象となりません。

### 名簿活用方法

避難行動要支援者名簿に記載されている個人情報、避難支援者(消防・警察・民生委員・行政総務員・社会福祉協議会・自主防災組織)へ提供することに同意していただくことで、日ごろの見守りなどの支援が受けやすくなります。

なお、支援は避難支援者の任意の協力ですので、法的な責任や義務を負うものではありません。

※避難支援者は、法律で守秘義務が課せられています。

問 福祉課社会福祉班 ☎84-1257

避難行動要支援者 同意申請書	
フリガナ	
氏名	
生年月日	性別
住居	
避難支援等を必要とする事由	<input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 介護認定 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者手帳 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 通称患者 <input type="checkbox"/> その他 ( )
電話番号	FAX番号
携帯電話番号	メールアドレス
実働レベル	<input type="checkbox"/> 軽度(自力で動ける) <input type="checkbox"/> 中程度(自力で動けるが不安) <input type="checkbox"/> 重度(自力では動けない)
避難時に配慮を必要とする事項	<input type="checkbox"/> 立つことや歩行ができない <input type="checkbox"/> 音が聞こえない(聞き取りにくい) <input type="checkbox"/> 物が見えにくい(見えにくい) <input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解が難しい <input type="checkbox"/> 危険なことが判断できない <input type="checkbox"/> 顔を覚えても知人や家族とわからない <input type="checkbox"/> その他 ( )
同族家族等	フリガナ
	氏名(団体名)
	住所
緊急時連絡先①	連絡先
	電話番号
	携帯電話
	その他
緊急時連絡先②	フリガナ
	氏名(団体名)
	住所
	連絡先
	電話番号
	携帯電話
	その他
<small>※同意いただいた場合、上記情報を避難支援関係者に提供します。            避難行動要支援者は、避難支援者への情報提供に同意することにより、避難支援者(地域等)から災害発生時における避難行動の支援を受ける可能性が高まりますが、避難支援者自身や家族などの安全が前提のため、同意によって、実働時の避難行動の支援が必要とされることを保証するものではありません。            避難支援者は、法的な責任や義務を負うものではありません。            上記内容を理解し、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するために上記内容(氏名、生年月日、性別、障害種別等の内容、連絡先等)及び電話番号や住所等を、横芝光町防災計画に定める避難支援関係者に提供すること。</small>	
<input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 趣旨を十分理解した上で、同意しません <input type="checkbox"/> 同意するかしないかを判断するために、市町村からの詳細な説明を求めます	
平成	年 月 日 氏名
<small>※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させていただきます。</small>	