

1. 登録同意確認

伊佐市長 あて

私は災害発生時に備え、避難行動要支援者登録名簿への登録を希望します。  
 また、災害時等の緊急時や平常時の見守り等に、私が届け出た個人情報（消防署・警察署・民生委員・児童委員・消防団・自治会・自主防災組織・校区コミュニティ協議会・社会福祉協議会）等に事前に提供することに同意します。

同意します。  同意しません

支援団体に、個人情報を提供することに同意

①  を入れる。

② 氏名等の記入

代理申請の場合は、代理人の氏名・押印をお願いします。

(申請者の氏名)		(代理人の場合は御記入ください。)	
申請日	令和 年 月 日	フリガナ	イサ ハナコ
フリガナ	イサ タロウ	代理人氏名	伊佐 花子 (印)
本人氏名	伊佐 太郎	申請者との関係	長女

③ 氏名、生年月日、性別、住所、自治会名、電話番号等の記入

フリガナ	イサ タロウ	生年月日	大(昭) 10年1月3日	性別	男
氏名	伊佐 太郎	平・令			女
住所	伊佐市大口里1888番地		電話番号	〇〇-〇〇〇〇	
			FAX番号	△△-△△△△	
自治会名	加入 (自治会名: )	未加入	携帯番号	□□□-□□□□-□□□□	
本人の状況	<input type="checkbox"/> 1. 介護保険認定者 (要介護度 3・4・5) <input type="checkbox"/> 2. 身体障害者手帳 (1級・2級) ※心臓、じん臓のみの障害は除く。 <input type="checkbox"/> 3. 療育手帳A <input type="checkbox"/> 4. 精神保健福祉手帳1級 <input type="checkbox"/> 5. 難病で避難する際に支援が必要 <input type="checkbox"/> 6. 80歳以上の高齢者のみの世帯 (日中独居の者を含む) <input type="checkbox"/> 7. 自ら避難行動要支援者名簿への記載を求める方等市長が必要と認める者				
避難誘導時留意事項	(例: 足が不自由なので、車椅子等が必要です。)				
緊急医療情報キット	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 申請中		
世帯状況	<input checked="" type="checkbox"/> 一人暮らし	<input type="checkbox"/> 家族や保護者と同居 (本人含む _____ 人)			

④ 本人の状況等の記入

※同意の意思について、変更等の申し出がない限り自動継続とします。  
 ※個別避難計画を作成するために、避難支援関係者が訪問調査を行います。