

避難行動要支援者登録(変更・抹消)申請書

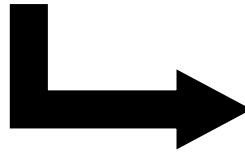
1. 登録同意確認

伊佐市長 宛

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(自治会(自主防災組織を含む)・民生委員・児童委員・消防署・消防団・警察署・社会福祉協議会・校区コミュニティ協議会)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。(該当の理由に○をしてください。)



- 1 自分で避難できるから。
- 2 家族がいるから。
- 3 施設等に入院し自宅にいない。
- 4 自分の情報を知られたくない。
- 5 その他()

(申請者の氏名)

申請日	年	月	日
フリガナ			
本人氏名			

(代理人の場合は御記入ください。)

フリガナ		申請者との関係
代理人氏名		

2. 避難行動要支援者情報

(同意の場合は、下記の項目に☑又は必要事項を御記入ください。)

フリガナ		生年月日	年 月 日	性別	男・女
氏名					
住所		電話番号			
		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 要介護認定者(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. 精神障害者保健福祉手帳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登録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 type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中				
世帯状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 家族や保護者と同居(本人含む_____人)				

※登録されても、避難支援等が必ずなされることが保証されるものではありません。
 ※避難支援等関係者は、避難支援等に関し法的な責任や義務を負うものではありません。
 ※登録の意思について、変更等の申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、避難支援等関係者が訪問調査を行います。