

平川市避難行動要支援者登録申請書兼外部提供同意書

				NO.	
要支援者 (登録者)	住所	平川市		電話番号	
	ふりがな			生年月日	大正・昭和・平成・令和
	氏名			男・女	年 月 日
	支援を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 65歳以上のみの方で構成される世帯の方 (<input type="checkbox"/> ひとり暮らし高齢者 <input type="checkbox"/> 高齢者夫婦等世帯の高齢者) <input type="checkbox"/> 要介護 (介護度3・4・5の方) <input type="checkbox"/> 身体障害者 (1・2・3級の方) <input type="checkbox"/> 知的障害者 (A判定の方) <input type="checkbox"/> 精神障害者 (1・2級の方) <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾患児 <input type="checkbox"/> 医療的ケア児 <input type="checkbox"/> その他 (例: 歩行困難など)			
かかりつけ 医療機関・ 病院など	医療機関	電話	医療機関	電話	
	①		②		
緊急時の 家族・知 人等の連 絡先	氏名	ご関係 ()	住所	電話	
	氏名	ご関係 ()	住所	電話	
地域支援者 (1~2人)		※できるだけ近所の方をお願いしてください。また地域支援者を見つけることができなくても登録可能です。			
氏名 (地域支援者自署)	住所			電話	
①	平川市				
②	平川市				
特に配慮 してほしいこと	※車イスの使用や、医療的ケアが必要な方はケア内容や必要電源数などを記入してください。				

※記載情報はすべて支援団体へ提供されます。

※同意することにより、避難の支援が必ずなされることを保証されるものではありません。

平川市長

令和 年 月 日

私は、平川市避難行動要支援者名簿に登録を希望するので上記のとおり申請します。

なお、本申請により登録される私の情報を記載した名簿について、災害対策での活用を目的に下記の地域支援団体へ事前に提供することに同意します。

また、記載されている家族、地域支援者等の情報を提供することについても同意を得ています。

(地域支援団体) 地域自主防災組織 居住管内消防団 担当民生委員 社会福祉協議会 消防署・警察署

申請者本人署名

代理署名 (続柄)

※本人が直筆できない場合または未成年の場合は、代理の方の署名をお願いします。なお、代理署名者及び続柄については名簿に登録されません。

民生委員記入欄	行政区		担当民生委員		連絡先	
---------	-----	--	--------	--	-----	--