

避難行動要支援者名簿登録申請書

資料 1(表)

高砂市長様

私は、災害時等に自ら避難することが困難であり、自力で避難することができないため、避難行動要支援者への登録を申請します。

自治会名			申請日	年 月 日		
フリガナ			生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日 西 暦		
氏名				電話番号		
住所	〒 ー			性別		
				同居家族の人数	人	
緊急時の家族等の連絡先	氏名			続柄		
	住所	〒 ー		自宅電話		
				携帯電話		
	氏名			続柄		
	住所	〒 ー		自宅電話		
				携帯電話		
	居住建物の構造 (□に✓を入れる)	<input type="checkbox"/> 1戸建 <input type="checkbox"/> 2世帯住宅 <input type="checkbox"/> 民間集合住宅(アパート・マンション等) <input type="checkbox"/> 公営住宅				
		<input type="checkbox"/> 木造(在来工法・ツーバイフォー) <input type="checkbox"/> 軽量鉄骨造 <input type="checkbox"/> 重量鉄骨造			<input type="checkbox"/> 平屋建 <input type="checkbox"/> 2階建	
<input type="checkbox"/> 鉄筋コンクリート造 <input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> 3階建			
日中いる部屋	寝室の位置		緊急通報システム	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
特記事項						
かかりつけ医	医療機関名 ① (診療科名)					
	担当医師名			電話番号		
	医療機関名 ② (診療科名)					
	担当医師名			電話番号		
要援護者の状況 (□に✓を入れる)	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(級) <input type="checkbox"/> 療育手帳(判定) <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳(級) <input type="checkbox"/> 要介護認定状態区分() <input type="checkbox"/> その他(難病、人工透析等)					

【避難支援等実施者】(災害時等に避難誘導、安否確認等を行う方)			
氏名		続柄	
住所	〒 ー	電話番号	
氏名		続柄	
住所	〒 ー	電話番号	
治療中の病気 又は障害名			
治療(障害)内容			
補装具、医療や 介護に必要な器 具等	器具名		
	メーカー名		
	取扱店連絡先		
支援時の 留意事項			
情報伝達方法			
避難場所①		避難場所②	
民生委員・ 児童委員		連絡先	
【あなたが受けたい支援】 ※該当する□に✓を入れてください。(複数可)			
<input type="checkbox"/> 避難時の支援 (避難する時に、支援して欲しい)			
<input type="checkbox"/> 避難時の誘導 (自力歩行は可能なので、避難場所まで誘導して欲しい)			
<input type="checkbox"/> 避難情報の伝達 (避難勧告などが出た場合に、情報を伝えて欲しい)			

同意署名欄

私が届け出た個人情報を避難支援等を目的として、高砂市が避難支援等関係者(自主防災組織、民生委員・児童委員等)に提供し、情報を共有することに同意します。

本人署名 _____

※代筆の場合は代筆者名を記載してください。

また、本人同意の意思表示ができない、本人が未成年であるなどの場合は代理人の署名。

代理人署名 _____

本人との関係()