**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 | 〒 － | 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 | 〒 － | 自宅電話 |  |
| 携帯電話 |  |
| 氏 名 |  | 続柄 |  |
| 住 所 | 〒 － | 自宅電話 |  |
| 携帯電話 |  |
| 居住建物の構造（□に✔を入れる） | □１戸建 □２世帯住宅 □民間集合住宅（ｱﾊﾟｰﾄ・ﾏﾝｼｮﾝ等） □公営住宅 |
| □木造（在来工法・ﾂｰﾊﾞｲﾌｫｰ） □軽量鉄骨造 □重量鉄骨造 | □平屋建　　□２階建 |
| □鉄筋ｺﾝｸﾘｰﾄ造 □その他（ ） |  | □３階建 |
| 日中いる部屋 |  | 寝室の位置 |  | 緊急通報ｼｽﾃﾑ | □あり □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） | □一人暮らし　　□高齢者世帯　　□身体障害者手帳（　 級）　　□療育手帳（ 判定）　　　　　　　□精神保健福祉手帳（ 級） □ 要介護認定状態区分（　　　 ）□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 | 〒 － | 電話番号 |  |
| 氏 名 |  | 続 柄 |  |
| 住 所 | 〒 － | 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） |  |
| □ 避難時の支援 （避難する時に、支援して欲しい） |
| □ 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） |
| □ 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） |

資 料 １（裏）

.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（　　　　　　　　）** |