新規　　　変更

|  |  |
| --- | --- |
| 役場記入欄 |  |

**避 難 行 動 要 支 援 者 登 録 申 請 書**

市川三郷町長　　殿

私は、災害時に支援が必要になるため、市川三郷町避難行動要支援者の登録を申請します。

つきましては、下記事項が地域支援者、地区担当民生委員及び自主防災組織（自治会）等へ情報提供されることに同意します。

 (同意)本人氏名　　　　 　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 避難行動要支援者 | フリガナ | 男 ・ 女 | 作成日 | 年　　月　　日 |
|  |
| 生年月日 | Ｔ・Ｓ・Ｈ・R 年　　月　　日生 　歳　 | 電　話 |  |
| 住　　所 | 市川三郷町 | ファックス |  |
| Eメール |  |
| 家族構成（本人含む） | 　　　　　　　人 | 本人の状況※区分番号を記入 |  | 自主防災組織（行政区・組）の名称 |  |
| 緊急連絡先 | 氏　　　名 | 住所及び電話番号 | 続　柄 |
|  | 住所： |  |
| ☎　　　　　　　　　　　　　　携帯 |
|  | 住所： |  |
| ☎　　　　　　　　　　　　　　携帯 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 避難行動要支援者 | フリガナ | 男・女 | 作成日 | 年　 　月 　　日 |
|  |
| 生年月日 | Ｔ・Ｓ・Ｈ・R 年　　 月　　 日生 　　 　歳 | 電　話 |  |
| 住　　所 | 市川三郷町 | FAX |  |
| Eメール |  |
| 家族構成（本人含む） | 人 | 本人の状況(**※**区分番号を記入) |  | 自主防災組織（行政区・組）の名称 |  |
| 緊急連絡先 | 氏　　　名 | 住所及び電話番号 | 続　柄 |
|  | 住所： |  |
| ☎　　　　　　　　　　　　　　携帯 |
|  | 住所： |  |
| ☎　　　　　　　　　　　　　　携帯 |

**※**区分番号　→ あてはまる次の番号をすべて記入

（１）身体障害者（１級から３級） （４）介護保険認定者（要介護３～５）

（２）知的障害者（Ａ判定） （５）６５歳以上で一人暮らしの虚弱高齢者

（３）精神障害者（１級及び２級以上） （６）その他援護を必要とする人

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 身体障害・知的障害・介護認定等の内容
 |  |
| ２．現在必要としている保健、医療、福祉サービス等 |  |
| ３．支援を必要とされる内容 |  |

１．身体・知的障害者は障害手帳の内容を、また介護認定を受けている人はその内容を記載

２．人工透析を受けているなど、保健、医療、福祉サービスに関して留意すべき事項を記載

|  |
| --- |
| あなたが希望する地域支援者を記載してください。（記載に際しては、必ず本人の同意を得てください。） |
| 地域支援者 | 氏名 | 地域支援者 | 氏名 |
| 住所 | 住所 |
| 電話 | 電話 |

３．援護が必要となる主な理由、本人との意思疎通の方法（意思疎通が困難な場合）等の事項について記載

この申請書に関する情報は、災害発生時などに地域の支援により生命の安全を図るためのものであり、他に情報を流したり、それ以外の用途に使用することはありません。　 市川三郷町長

備考（こちらの欄は、支援に必要な事項等がある場合にご記入ください）

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |