

幸田町災害時避難行動要支援者登録者名簿			
登録年月日	年 月 日	登録 No.	
廃止年月日		廃止理由	

年 月 日

(宛先) 幸田町長

幸田町災害時避難行動要支援者登録申請書兼同意書

私は、災害対策基本法及び幸田町災害時避難行動要支援者登録に基づき、幸田町災害時避難行動要支援者登録者名簿への登録を申請します。また、私が届け出た以下の事項を町が、警察、消防署、地域支援者（区長及び民生委員児童委員、地域で定めた支援者等）、幸田町基幹相談支援センター、幸田町障害者相談支援事業所、幸田町地域包括支援センターに対して提供し、情報を共有することについて同意します。なお、同意によって災害時に避難行動の支援が必ず保証されるものではなく、また、地域支援者は法的な責任や義務を負うものではないことを承諾いたします。

ふりがな		性別	男 ・ 女	
氏名		電話番号		
		携帯番号		
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	行政区	区	
郵便番号 住所	〒 ー 幸田町	家族構成・同居状況等	人 ※本人を含む人数を記入してください。	
ふりがな		郵便番号	〒 ー	
代理人氏名 (あなたとの関係)	(関係)	住所		
		電話番号		
1	あなたが該当する項目の番号に○印をしてください。(8)、(9)の場合は、状態欄に病名・症状などを記入してください。	(1) 一人暮らし高齢者 (2) 65歳以上のみ高齢者世帯 (3) 要介護 3 以上の認定者 (4) 身体障がい者 (5) 知的障がい者 (6) 戦傷病者手帳 (7) 精神障がい者 (8) 難病患者 (9) (1)~(8)に準じる状態にあり、災害時に避難支援等が必要である者 (状態は、)		
2	あなたの身体等の状況に当てはまるもの全てに○印をしてください。	(1) 寝たきり (2) 手が不自由 (3) 足が不自由 (4) 目が不自由 (5) 耳が不自由 (6) 医療機器等の携帯が必要 (7) 常時薬の所持を要する (8) その他 ()		
3	あなたが受けたい支援等の番号に○印をしてください(1つのみ選択)	(1) 安否確認のみでよい。 (2) 避難場所まで付き添ってほしい。 (3) その他 ()		
4	現状支援について	<input type="checkbox"/> 登録を希望するが、現時点で支援が <u>必要でない</u> 人は左にチェックしてください。		
5	避難支援（地域による支援）で特に気を付けて欲しいことがあれば記入してください。			
6	家族または親族の緊急時の連絡先	氏名	あなたとの関係	住所
				電話番号 (携帯番号)