

吉川市災害時避難行動要支援者名簿登録申請書

申請日を記載してください。申請日 年 月 日

私は、吉川市災害時避難行動要支援者名簿の登録等について、次のとおり申請します。

(あて先) 吉川市長

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規
申請者 (代理人)	
削除の理由	

該当する申請区分に☑を記載してください。また、要支援者本人が記載困難な場合は、代理で記載した方の氏名をご記入ください。
※辞退(削除)の場合は、「削除の理由」の欄に理由を記載してください。

災害時避難行動要支援者名簿登録情報

要支援者の情報 該当区分に○	フリガナ		性別	生年月日
	氏名			生
	住所	〒 吉川市		
	電話			
登録区分 (裏面で確認) A B	自力で避難が困難な状況としてあてはまるもの全てに☑ <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 上肢の機能障害(歩行、歩行具の使用、歩行杖の使用) <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 身体障害(視覚及び聴覚5級以上、上肢1~2級、下肢及び体幹1~5級) <input type="checkbox"/> 療育手帳(㊤、A、B) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳(2級の単身の方、3級の単身で生活支援を受けている方) <input type="checkbox"/> その他(他の支援が必要)			
現在の状況				
その他の連絡先等を記入してください				

氏名、性別、生年月日、住所、電話番号を記載してください。

自力で避難が困難な理由に☑を記載してください。該当がない場合は、「その他の支援が必要」に☑して、理由を記載してください。

裏面フローチャートを確認の上、該当する登録区分に「○」を記載してください。

名簿の提供に関する同意	次の内容に	<input type="checkbox"/> 同意します	<input type="checkbox"/> 同意しません
	本申請に記載された個人情報(住所、氏名、性別、生年月日、電話番号)が災害時の「避難支援」、「情報伝達」や「安否確認」のために、吉川市地域防災計画に定める関係者(消防本部・消防署、消防団、民生・児童委員、自治会、自主防災会、避難支援センター等)や避難支援者に平常時に提供されること	どちらかに☑を記載してください。	

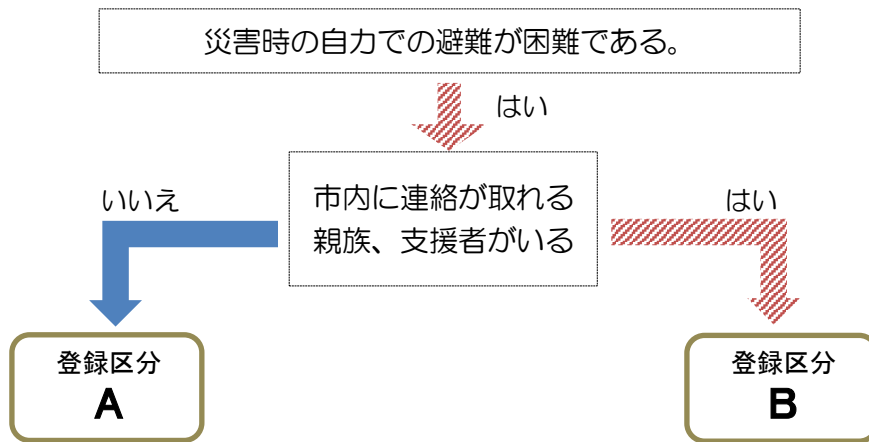
※ 当名簿に登録することで、災害時に必ず助けや避難支援がなされることを保証するものではありません。また、避難支援等関係者や避難支援者などによる避難支援は、法的な責任や義務を負うものではありません。これらをご理解いただくとともに、日頃から災害に備え、地域とのつながりを積極的に持つことや情報入手手段の確保など、可能な範囲で自助による備えをお願いします。

(緊急時連絡先・避難支援者情報)

	フリガナ	住所 (※1)	電話番号 (自宅・携帯電話)
	氏名		
緊急時の連絡先 (ご家族など) (※2)	①	緊急時の連絡先(必ず1名以上)と、 市内(隣近所)の避難支援者(いる場合のみ) を記入してください。	
	②		
市内(隣近所) の避難支援者 (※3)	①	関係 ()	
	②	関係 ()	

- (※1) 居住している市町村名をご記入ください。(吉川市内に在住の場合は、大字名を記入)
- (※2) 緊急時の連絡先は、必ず1名以上の記入をお願いします。
- (※3) 記載にあたっては、本人の了承を得た上で記載してください。

「登録区分」判定フローチャート (AかBに○をしてください)



登録区分 A	災害時に自力で避難することができず、市内に連絡ができる支援者等もない方
登録区分 B	災害時に自力で避難することができないが、市内に連絡ができる支援者等がいる方

事務処理欄		個別計画 (有 無)		登録 No
課長	課長補佐	係長	担当 (確認者)	担当 (入力者)
情報登録日 : 年 月 日		情報更新日 : 年 月 日		