

吉野川市避難行動要支援者名簿登録申請書

吉野川市長様

災害時において支援を受けるために必要な情報について、次のとおり届け出ます。

また、記載された内容のうち、支援等に必要な情報（氏名・性別・生年月日・住所・自治会等）を、吉野川市が消防署、警察署、民生委員・児童委員、社会福祉協議会、自主防災、その地域支援者に提供することに、

同意します

同意しません

令和 年 月 日

避難行動要支援者本人の氏名 _____

代筆の場合は代筆者の氏名 _____

(代筆者連絡先： _____)

行政区 (自治会)		民生 委員		電話	
登録要件					
フリガナ 氏名		性別		生年月日	
住所					
携帯番号		電話番号			
F A X		メール			
緊急時 における 家族等 連絡先	氏名	続柄	住所	電話番号	
要介護度		療育手帳			
身体障害者 手帳		精神障害者 保健福祉手帳			
地域支援者	氏名	続柄	住所	電話番号	
【必須】避難場所		所在地			
【必須】避難所		所在地			

裏面あり

	病 院 名 簿	電話番号
かかり付け の医療機関 及び 関係施設		
持 病		
服 薬		
身体の状態 な ど		

個別計画

避難時に 必要な支援	
情報伝達で の留意事項	
避難時の 携行品等	
避難誘導時 の留意事項	
避難先での 留意事項	
その他の 留意事項	

※地域支援者の登録を行うにあたっては、あらかじめ地域支援者の同意を得て記入してください。

※本制度への登録及び個人情報の提供に関する同意によって、災害時の避難行動の支援が必ずなされることを保証するものではありません。

また、地域支援者等は、法的な責任や義務を負うものではありません。

※同意の意思について、変更の申出がない限り自動継続とします。