

様式第3号 (第7条関係)

岩出市避難行動要支援者登録申請書兼同意書

岩出市長 様

記入日 ○○年 ○月 ○日

私は、災害時の避難支援や安否確認につなげるため、避難支援等関係者（消防機関、警察、民生委員・児童委員、社会福祉協議会、自主防災組織、その他避難支援等の実施に携わる関係者）に以下の個人情報（名簿情報）について提供することに、

(いずれかにチェック☑してください。)

いずれかにチェック☑してください

同意します 同意しません

施設入所、長期入院しています(施設名)

↳ 登録の対象とはなりません。施設等を退所・退院されましたらご連絡ください。

フリガナ	○○ ○○○	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	年齢	○○ 歳
対象者氏名	○○ ○○	生年月日	○○年 ○月 ○日		
住 所	岩出市 ○○○○○				
電 話 番 号	0000-00-0000	F A X 番 号	0000-00-0000		
携帯電話番号	000-0000-0000	メールアドレス	○○○○@○○		
代筆者氏名	○○ ○○	本人との関係	○○		
代筆者住所	○○○○○	連絡先電話番号	0000-00-0000		

同意する場合は下記もご記入ください。

避難支援等を必要とする事由 (該当する番号等にすべてに○をつけてください)	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 要介護【3・ <input checked="" type="checkbox"/> 4・5】の認定を受けている
	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 身体障害者手帳【1級・ <input checked="" type="checkbox"/> 2級】を持っている 【 視覚・聴覚・ <input checked="" type="checkbox"/> 上肢不自由・下肢不自由・体幹不自由・内部機能障害 】
	<input type="checkbox"/> 3. 療育手帳【A1・A2】を持っている
	<input type="checkbox"/> 4. 精神障害者保健福祉手帳（1級）を持っている
	<input checked="" type="checkbox"/> 5. 指定難病・特定疾患医療受給者証を持っている 【疾病名： ○○○○○】
5に該当しないが、自力で避難することが困難である 必要とする理由： <input type="checkbox"/>]	

該当する番号等にすべて○をつけてください

本人と配偶者の二人暮らしの場合

同居者の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有(本人を含めて 2人)・無	民生委員・児童委員氏名	○○ ○○	
区・自治会の加入	<input checked="" type="checkbox"/> 加入(名称 ○○自治会) ・ 未加入			
緊急時の連絡先 本人の同意を得てから記入	氏 名	住 所	連絡先電話番号	本人との関係
	情報提供の項目になりますので、緊急時の連絡先となる方の同意を得てから記入してください		000-0000-0000	○○ ○○
			00-0000-0000	○○ ○○

(注)同意によって、災害発生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なく、また避難支援者は、法的な責任や義務を負うものではありません。