

避難行動要支援者登録申請書及び同意書

(宛先) 愛西市長

私は、避難行動要支援者台帳に下記の事項を登録することを希望します。

ふりがな 氏名		生年月日	
住所	〒	電話	
		携帯	
		FAX	
地域自主 防災組織			

災害時に地域の支援を必要とする理由 (該当項目全てに○をつけてください)	<input type="checkbox"/> ① 65歳以上の1人暮らし高齢者	<input type="checkbox"/> ⑤ 精神障害者 (1級)	
	<input type="checkbox"/> ② 要介護3以上の在宅者	<input type="checkbox"/> ⑥ 難病患者	
	<input type="checkbox"/> ③ 身体障害者 (1、2級)	<input type="checkbox"/> ⑦ その他	
	<input type="checkbox"/> ④ 知的障害者 (A判定)		

特記事項	例： ・目が不自由 ・車いす使用 ・危険通報指示を察知できない
※災害時の避難支援を円滑にするため知らせたいこと	

緊急時の連絡先	氏名	続柄	住所	電話番号	

同意書

下記の内容をご確認いただき、ご署名ください。

災害時に、避難をするのに支援を必要な方への支援体制を構築するため「避難行動要支援者名簿」の作成を行っています。本名簿を平常時に地域の避難支援者に提供し、避難訓練等の地域の支援体制づくりに活用するために、情報を提供することの同意を確認いたします。

ただし、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。

同意します

同意しません

上記にチェック☑がない場合は、「同意しません」の取扱いにさせていただきます。

令和 年 月 日

本人氏名 _____

代理記載者氏名 _____

続柄 ()

(代理記載の場合)

※同意の意思について、変更の申出がない限り、5年間は自動継続とします。