盛岡市避難行動要支援者情報提供同意者名簿登録申込書

（災害時の避難支援に関する申込書）

|  |
| --- |
| 　盛岡市長　様私は、災害発生時に地域の支援を受けたいので、避難行動要支援者情報提供同意者名簿への登録を申し込みます。私が届け出た下記の個人情報（緊急連絡先を除く。）を盛岡市から居住地区の町内会・自治会の会長・副会長、自主防災組織の隊長・副隊長、消防団分団長・部長、担当民生委員、消防本部、通信指令室及び県警本部に提供することを承諾します。また、地域支援者には、裏面に記載した登録内容を盛岡市から提供することを承諾します。記入日　令和　　　年　　　月　　　日　　 |
| 住所 |  | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| ふりがな氏名※ |  | 電話番号 |  |
| 代理人・代筆者 | ふりがな氏名 |  | 申込者との関係 |  |
| ※本人の署名または代理人・代筆者による記名。代理・代筆の場合は、原則として本人の承諾が必要です。 |
| 申込区分　：　新規　・　変更　・　抹消 |
| 登録区分（該当する番号に○印。）※ 区分３及び５ → 障がい者手帳の有無を基に○ |
| １ | 75歳以上のみの世帯 | ２ | 要介護度３以上（在宅生活者） | ３ | 身体障がい者 | 肢体（１種１・２・３級）視覚（１種１・２級）聴覚（１種２級） |
| ４ | 知的障がい者 | ５ | 精神障がい者(手帳１・２級) | ６ | 難病患者 | ７ | その他（　　　　　　　　） |
| 対象者の状況：健康面で気がかりなこと、障がいの状況など（例）杖・車いすを使用、介助者が必要、寝たきり、筆談が必要、デイサービスを利用　など |
|  |
| 地域支援者（近所で避難を助けてくれる方です。了解を得た上、できるだけ記入してください。） |
| ふりがな氏名 |  | 電話番号 |  |
| 追加 | 住所 |  | 備考 |  |
| 削除 |
| ふりがな氏名 |  | 電話番号 |  |
| 追加 | 住所 |  | 備考 |  |
| 削除 |
| 緊急連絡先 |
| 追加 | ふりがな氏名 |  | 続柄 |  | 電話番号 |  |
| 削除 |
| 追加 | ふりがな氏名 |  | 続柄 |  | 電話番号 |  |
| 削除 |
| 情報伝達手段 |
| 自宅の電話 |  | 携帯電話 | 本人・その他（　　　　　　　　　） |
|  |
| ＦＡＸ |  | 電子メール | 本人・その他（　　　　　　　　　） |
|  |
| 家族構成・同居状況等　※該当するものに○印を付け、ご記入ください |
| ・　高齢者夫婦世帯　（別居の親族：　　　　　、　　　　　　　　　　　在住） |
| ・　ひとり暮らし　　（別居の親族：　　　　　、　　　　　　　　　　　在住） |
| ・　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 避難情報等の伝達者・伝達者の連絡先（例）聴覚障がいのためＦＡＸや直接的な伝達（声かけ連絡）が必要、視覚障がいのため支援者△△△さん（012-345-678）へ連絡希望　など |
|  |
| 市指定避難場所（例）○○小学校、××公園　など | 地域で決めた避難場所（例）○○駐車場、近所の××公園　など |
|  |  |
| 避難時の注意事項等（例）車での搬送が必要、昼間のみ支援が必要、携帯する医薬品(○○)あり、人が多い場所に行くとパニックを起こす可能性あり　など |
|  |
| 関係機関の連絡先 | 氏名等 | 電話番号 | ＦＡＸ |
| 町内会・自治会名 |  |  |  |
| 代表者名 |  |
| 自主防災組織名 |  |  |  |
| 代表者名 |  |
| 民生委員・児童委員 |  |  |  |
| 地域包括支援センター等 |  |  |  |
| その他 |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |