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 | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  |