

八千代市避難行動要支援者 登録申請書兼 情報提供同意書

氏名	八千代 太郎	フリガナ	ヤチヨ タロウ
生年月日	大・昭・平・令 〇〇年 〇〇月 〇〇日	性別	男・女
住所	八千代市 〇〇〇台〇丁目〇番〇号		
電話番号	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇	その他連絡先 (FAX・メール)	
緊急連絡先	080-〇〇〇〇-〇〇〇〇 【氏名 大和田 花子 続柄 娘】		
支援を必要とする理由	<input checked="" type="checkbox"/> 介護保険法に基づく要介護3以上の高齢者 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の交付を受け、視覚・聴覚・肢体不自由・呼吸器機能に係る障害の程度が1級～2級の方 <input type="checkbox"/> 療育手帳の交付を受け、障害の程度が㉞からAの2の方 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳の交付を受け、障害の程度が1級の方 <input type="checkbox"/> 指定難病医療費助成受給者又は小児慢性特定疾病医療費助成対象者 <input type="checkbox"/> その他、災害時に支援が必要で避難行動要支援者名簿の登録対象となる者 <small>(理由) ※社会福祉協議会等による登録対象外となります。</small>		
その他特記事項	車いすを使用	自治会名	〇〇〇自治会 <input type="checkbox"/> 未加入

基本的には電話（携帯）番号をご記入ください。障害等により電話が難しい方は、メールアドレスやFAX番号をご記入ください。

該当するところにチェックしてください。

避難時に特に留意することがあれば記入してください。

ご加入の自治会名を記入。未加入の場合は未加入にチェックしてください。

この避難行動要支援者 登録申請書兼 情報提供同意書を提出することにより、災害発生時に支援をしてくれる避難支援等関係者（自治会、民生委員など）に平常時から名簿が提供されます。

このため、災害発生時における避難行動の際に、支援を受けられる可能性が高まります。ただし、避難支援等関係者自身や家族などの安全が前提のため、同意によって、支援が必ずなされることを保証するものではなく、また避難支援等関係者が、法的な責任や義務を負うものでもありません。

上記の内容を理解し、災害時における情報伝達、安否確認、避難誘導などの支援を受けるために、様式2の内容を八千代市地域防災計画に定める避難支援等関係者に提供することに、

- 同意します。
- 同意しません。

同意される場合は「同意します。」にチェックしてください。

記入した日を書いてください。

〇〇年〇〇月〇〇日

氏名 八千代 太郎 代筆者 大和田 花子 【続柄 娘】

※同意の意思について、変更の申

必ず記名をお願いします。

本人が記入できない場合は代理人が記名してください。