

避難行動要支援者名簿登録申込書（兼台帳）

整理No.

—

申込日：令和 年 月 日

那須烏山市長 宛て

私は、災害時に避難支援が必要となるため、市避難行動要支援者名簿への登録を希望します。
また、下記の留意事項を確認の上、災害時の避難支援活動や平常時における地域の見守り活動に利用するため、私の下記の個人情報を市が定める避難支援等関係者（※1）に提供することに同意します。

（代筆の場合）

本人氏名 _____ ⑩ 代筆者氏名 _____（続柄）

（本人署名の場合は押印省略可）

代理人氏名 _____ ⑩ _____（続柄）

住 所	那須烏山市		
フリガナ		性別	男 ・ 女
氏 名			
生 年 月 日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年	月 日 年齢（ 歳）※申込日現在
自宅電話番号		同居家族の有無	有（ 人） ・ 無
携帯電話番号		家 族 構 成	
緊急時連絡先（緊急時に連絡を取る人です。できるだけ記載してください）			
連絡順位	氏 名	続柄	住 所
1			(自宅)
			(携帯)
2			(自宅)
			(携帯)
<p>◇避難支援を必要とする事由を☑または記載してください。（ただし、同居の親族等から避難支援を受けられる場合を除きます。）</p> <p><input type="checkbox"/> ひとり暮らし高齢者（65歳以上）または高齢者のみの世帯</p> <p><input type="checkbox"/> 介護保険の要介護3以上の認定を受けている（介護区分_____）</p> <p><input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（1級・2級）を持っている ⇒該当するものに○を付けてください</p> <p>ア 視覚障害 イ 聴覚・音声・言語機能障害 ウ 肢体不自由 エ 内部障害</p> <p>オ その他障害名（ _____ ）</p> <p><input type="checkbox"/> 療育手帳（A1・A2）を持っている</p> <p><input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳1級を持っている</p> <p><input type="checkbox"/> 指定難病患者</p> <p><input type="checkbox"/> その他災害時に避難支援が必要である（その理由： _____ ）</p>			

留意事項

避難行動要支援者は、避難支援等関係者（※1）への情報提供に同意することにより、災害発生時における避難行動の際の支援を受けることができますが、避難支援等関係者自身や家族などの安全が前提のため、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、避難支援等関係者は、法的な責任や義務を負うものではありません。

※1 避難支援等関係者…警察署、消防署、市消防団、担当地区民生委員、自治会（自主防災組織等）、市社会福祉協議会、地域包括支援センター、市障がい者相談支援センターなどをいいます。

※2 同意の意思について、変更の申出がない限り自動継続とします。