

<記入例>

避難行動要支援者 登録申請書

| | | | |
|---------------|---|---------|-----------------|
| フリガナ | ウエノハラ イチロウ | | |
| 氏名 | 上野原 一郎 | | |
| 生年月日 | 昭和12年 3月4日 | 性別 | 男 |
| 住所 | 上野原市上野原1234-5 | | |
| 避難支援等を必要とする事由 | <input type="checkbox"/> 介護保険の認定を受けている 要介護状態区分: <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳所持 障害名:()等級: <input type="checkbox"/> 療育手帳保持 () <input type="checkbox"/> 精神手帳保持 () <input type="checkbox"/> 難病患者 () <input checked="" type="checkbox"/> その他 (一人暮らし高齢者) 特記事項 () | | |
| 電話番号 | 0000-12-3456 | FAX番号 | 0000-12-1212 |
| 携帯電話番号 | 123-4567-8901 | メールアドレス | abcd@efghijk.jp |

| | | | | | |
|---------------------------|---|--|------------------|--------|---------------|
| 避難時に配慮 しなくては ならない事項 | <input checked="" type="checkbox"/> 立つことや歩行ができない <input type="checkbox"/> 物が見えない (見えにくい) <input checked="" type="checkbox"/> 危険なことを判断できない <input type="checkbox"/> その他 () | <input type="checkbox"/> 音が聞こえない (聞き取りにくい) <input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解が難しい <input type="checkbox"/> 顔を見ても知人や家族とわからない | | | |
| 同居家族等 | 一人暮らし | | | | |
| 緊急時連絡先 ① | フリガナ | ウエノハラ ジロウ | | | |
| | 氏名(団体名) | 上野原 二郎 | | | |
| | 住所 | 上野原市上野原9876-5 | | | |
| | 連絡先 | 電話番号1: | 0000-98-7654 | 電話番号2: | 090-0000-1111 |
| | | メールアドレス: | abcd@efghijk.jp | | |
| その他: | | | | | |
| 緊急時連絡先 ② | フリガナ | ウエノハラ マナコ | | | |
| | 氏名(団体名) | 上野原 花子 | | | |
| | 住所 | 東京都東京市1-2-3 | | | |
| | 連絡先 | 電話番号1: | 0000-98-7654 | 電話番号2: | 090-0000-1111 |
| | | メールアドレス: | efghi@efghijk.jp | | |
| その他: | | | | | |

※ 同意いただいた場合、上記情報を避難支援関係者に提供します。

避難行動要支援者は、避難支援者への情報提供に同意することにより、避難支援者(地域等)から災害発生時における避難行動の際の支援を受ける可能性が高まりますが、避難支援者自身や家族などの安全が前提のため、同意によって、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。

上記の内容を理解し、避難の支援、安否の確認、その他の生命又は身体を災害から保護をうけるために、上記内容(氏名、生年月日、性別、住所、障害種別等の内容、連絡先等)及び障害名や病名を、上野原市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

令和〇〇年△△月□□日

氏名

上野原 一郎

※同意の意思について、変更の申し出がない限り自動継続とします。