

### 避難行動要支援者登録申請書兼登録名簿

西原町長 様	
私は、次の内容を台帳に登録するとともに、その台帳を私の属する自治会長、居住する地区を担当する民生委員・児童委員、管轄する警察署及び消防署に提供し、災害時に救助活動に必要な範囲内で第三者へ提供することに同意します。	
年 月 日	生年月日
本人氏名 <span style="float: right;">(印)</span>	年 月 日 ( 歳) 男・女
本人氏名 <span style="float: right;">(印)</span>	年 月 日 ( 歳) 男・女
住 所 西原町字	
電話番号	
代理人氏名 <span style="float: right;">(印)</span>	※本人が直筆できない場合は、代理の方の署名をお願いします。

(台帳登録が必要な理由)

<input type="checkbox"/> 身体障害者の交付を受けている者	<input type="checkbox"/> 療育手帳の交付を受けている者
<input type="checkbox"/> 70歳以上の高齢のみの世帯の者	<input type="checkbox"/> 介護保険の要介護認定を受けた者
<input type="checkbox"/> 認知症高齢者	<input type="checkbox"/> その他 ( )

家族構成 (登録者含む)	人	緊急通報 システムの設置	有・無	災害時避難先	
-----------------	---	-----------------	-----	--------	--

(緊急時の連絡先)

住 所	<input type="text"/>	登録者 との続柄	
ふりがな		自 宅 ・ 携 帯 電 話	
氏 名		メー ル ア ド レ ス	

住 所	<input type="text"/>	登録者 との続柄	
ふりがな		自 宅 ・ 携 帯 電 話	
氏 名		メー ル ア ド レ ス	

自治会名	民生委員 児童委員氏名	民生委員電話番号
------	----------------	----------

(地域支援者)

住 所	<input type="text" value="西原町字"/>	登録者 との続柄	
ふりがな		自 宅 ・ 携 帯 電 話	
氏 名		メー ル ア ド レ ス	

住 所	<input type="text" value="西原町字"/>	登録者 との続柄	
ふりがな		自 宅 ・ 携 帯 電 話	
氏 名		メー ル ア ド レ ス	

この台帳に関する情報は、災害時に地域における支援に役立てるものであり、それ以外の用途に使用したり、他に情報を流したりすることを禁止します。 西原町長