

(表)

和光市避難行動要支援者名簿登録申請書

令和3年6月1日

日付を記入

和光市長 宛

私は、和光市避難行動要支援者名簿への登録をしたいので、次のとおり申請します。

また、和光市の関係部局、警察署、消防署、消防団、民生委員児童委員、社会福祉協議会、地域包括支援センター、自主防災組織、自治会及び地区社会福祉協議会に登録情報を提供することに同意します。

申請者

申請する方の名前

ふりがな	わこう たろう		性別	男・女
氏名	和光太郎			
住所	和光市広沢1番5号			
生年月日	昭和7年1月1日(85歳)	電話番号	048 (464) 1111	
携帯電話	090 (1111) 1111	F A X	()	
世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 いずれかにチェック <input type="checkbox"/> 日中独居 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他 ()		現在の身体等の状態 <input checked="" type="checkbox"/> 75歳以上のみで構成される世帯に属する者で要介護1以上 <input type="checkbox"/> 要介護2以上	
	自治会名	<input checked="" type="checkbox"/> (○○会) 自治会 <input type="checkbox"/> 未加入		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 (障害の程度) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳1級 <input type="checkbox"/> 難病患者 (病名)
建物の構造	木造2階建て			
日中いる部屋	1階リビング			
寝室の位置	2階南側和室			
緊急通報システム	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
治療中の病気又は障害名	白内障、高血圧			
服用中の薬、アレルギー等	カリーユニ点眼薬0.005%、ワーフアルン1錠			
かかりつけの医療機関名	○○病院			
補装具、医療や介護に必要な器具	酸素吸入器○○社製□□			
特記事項	杖使用で早く歩行すること困難			

(裏)

代理筆記者 又は

代理人 (申請者以外の方が申請する場合に記入してください。) **窓口に来る方の名前**

氏名	和光花子	申請者との関係	妻
住所	和光市広沢1番5号		
電話番号	048 (464) 1111		

緊急連絡先 (緊急時に連絡がとれる方がいる場合は記入してください。)

氏名	和光明	申請者との関係	長男
住所	東京都〇〇区〇〇町1丁目1番1号		
電話番号	03 (1234) 5678	携帯電話	090 (5678) 1234

避難行動支援者 (該当者がいる場合は、避難行動支援者本人が記入してください。)

私は、申請者の日常生活を見守り、災害時には、可能な限り情報の伝達、安否確認及び避難行動等の支援を行うことに同意します。

氏名	広沢五郎		
住所	和光市広沢〇番〇号		
電話番号	048 (123) 1111	携帯電話	080 (1234) 5678
氏名	本町和子		
住所	和光市本町〇番〇号		
電話番号	048 (234) 1111	携帯電話	080 (3456) 7890
氏名	新倉太郎		
住所	和光市新倉〇番〇号		
電話番号	048 (345) 1111	携帯電話	080 (5678) 9012

※避難行動支援者の活動は、支援者の可能な範囲において行うものであるため、名簿への登録が避難行動要支援者に対する確実な避難支援や安全確保を保証するものではありません。