

志木市避難行動要支援者名簿（新規・変更）同意書

年 月 日

志木市長 様

私(名簿登録者)は、災害時において支援が必要なため、志木市避難行動要支援者同意者名簿の(新規・変更)登録を申し込みます。

なお、日ごろから災害に備えておくため、平常時から次の記載事項について、市の関係課(防災危機管理課・共生社会推進課・生活援護課・長寿応援課)、消防署、消防団、警察署、民生委員・児童委員、町内会、自主防災組織、高齢者あんしん相談センター(地域包括支援センター)及び社会福祉協議会へ情報提供し、防災訓練や日ごろの見守り活動に使用されることに同意します。

署 名 (名簿登録者)	
---------------	--

■名簿登録者

フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日 () 歳	
氏 名					
住 所	〒 志木市				
自宅電話番号	()	携帯電話番号	()		
ファクシミリ番号	()	携帯アドレス			
(右の該当する項目の□にチェックをしてください。)	登録者の状態	1 <input type="checkbox"/> 75歳以上のひとり暮らし			
		2 <input type="checkbox"/> 75歳以上の高齢者のみの世帯(1に該当する人を除きます。)			
		3 要介護認定者 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			
		4 身体障がい者手帳所持者 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級(下肢・体幹・移動機能障がいに限る)			
		5 療育手帳所持者 <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B			
		6 精神障がい者保健福祉手帳所持者 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級			
		7 <input type="checkbox"/> 難病患者等 (小児慢性特定疾病、特定疾患、指定難病患者)			
		8 <input type="checkbox"/> その他 ()			
		9 ※自力で避難が困難な人は「支援」にチェック。自力避難は可能だが、何らかの支援が必要な人は「見守り」にチェック。		<input type="checkbox"/> 支援	<input type="checkbox"/> 見守り
	世帯構成	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 日中のみ一人 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯(65歳以上) <input type="checkbox"/> その他 ()			
同居者について	同居者の人数	人(名簿登録者本人は含まない)			
	同居者の年齢	<input type="checkbox"/> 0歳~15歳 <input type="checkbox"/> 16歳~64歳 <input type="checkbox"/> 65歳~74歳 <input type="checkbox"/> 75歳以上			
町内会区域	避難希望区域 (○で囲んでください。)	志木小学校 宗岡小学校	志木第二小学校 宗岡第二小学校	志木第三小学校 宗岡第三小学校	志木第四小学校 宗岡第四小学校

※裏面もご記入ください。

■名簿登録者の緊急連絡先（緊急時の連絡先をご記入ください。）

フリガナ			
氏名		登録者との関係	
住所	〒		
電話番号	()		
携帯電話番号	()		
携帯アドレス			

■地域支援者（地域支援者ご本人がご記入ください。）

フリガナ			
氏名			
住所	〒	〒	
電話番号	()	()	
携帯電話番号	()	()	
携帯アドレス			

■日常生活・避難する際の特記事項(避難時や避難所での留意事項、障がい内容などをご記入ください。)

--

■代理記載の場合(ご本人に代わって記入された人についてご記入ください。)

フリガナ			
氏名		登録者との関係	
住所	〒		
電話番号	()		

◆◆◆登録にあたって◆◆◆

- ・ 取得した個人情報は、目的以外に使用することはありません。
- ・ 変更があったときは、変更内容を届け出てください。