

- ひとり暮らし高齢者
- 高齢者のみ世帯
- 障害者手帳所持者
- その他の要支援者

民生委員No.	
民生委員氏名	
電話番号	
受領日	令和 年 月 日

## 白山市避難行動要支援者名簿 登録申請書兼名簿情報提供同意書

白山市長 様

私は、避難行動要支援者名簿登録制度の趣旨に賛同し、名簿登録を申請します。

私が届出た個人情報、市の関係部署、消防、警察、民生委員児童委員、市社協、町内会及び自主防災組織、その他市長が必要と認める者又は団体へ提供されることへの同意は下記のとおりです。

令和 年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_

住所	〒 _____ 白山市	町内 会名	
1 要支援者 氏名	(ふりがな)	続柄	性別
			男・女
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	自宅電話 携帯電話	
名簿情報提供に <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない			
<b>避難時に必要な支援</b> <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 同行（一緒に歩いて避難してほしい等） <input type="checkbox"/> 介添え（介助が必要等）			
<b>配慮が必要な事項</b> <input type="checkbox"/> 見えにくい（見えない） <input type="checkbox"/> 聞こえにくい（聞こえない） <input type="checkbox"/> 情報を理解できない <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 白杖 <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> その他 [ _____ ]			
<b>障害者手帳の等級</b> <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ ____級） <input type="checkbox"/> 療育手帳（ A ・ B ）			

裏面もご記入ください



2 要支援者 氏名	(ふりがな)	続柄	性別
			男・女
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	携帯電話	
名簿情報提供に <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない			
避難時に必要な支援 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 同行（一緒に歩いて避難してほしい等） <input type="checkbox"/> 介添え（介助が必要等）			
配慮が必要な事項 <input type="checkbox"/> 見えにくい（見えない） <input type="checkbox"/> 聞こえにくい（聞こえない） <input type="checkbox"/> 情報を理解できない <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 白杖 <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> その他 [ ]			
障害者手帳の等級 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（__級） <input type="checkbox"/> 療育手帳（ A ・ B ）			

緊急連絡先

氏名 (ふりがな)	続柄	生年月日	住所	連絡先
		. .		
		. .		
		. .		

※同意の意思表示については、変更の申し出がない限り自動継続とします。  
ただし、生活実態が、施設入所や長期入院など在宅以外となった場合は、  
対象から外れることとなります。

◆代理人が記入する場合は、下記事項をご記入してください。

氏名		要支援者 との関係	
住所			
連絡先			

★救急医療情報キットの配布

- 今回配布  
 以前に配布済み  
 なし