

ときがわ町災害時避難行動要支援者（新規・変更）登録申請書

申請日 年 月 日

ときがわ町長 あて

登録希望者署名 ㊟

(登録希望者本人が署名できない場合は、代理の方の署名をお願いします。)

代理人住所 電話番号 ()

氏名 ㊟ 登録者との関係 ()

登録を希望する人

住 所	ときがわ町		電話番号	()	
	(方書)		携帯電話	— —	
ふりがな		性 別	明・大・昭・平		年齢
氏 名		男・女	生年月日	年 月 日	
世 帯 員	氏 名	(続柄)	氏 名	(続柄)	
	氏 名	(続柄)	氏 名	(続柄)	
	氏 名	(続柄)	氏 名	(続柄)	

登録区分（該当する項目すべてにチェックをしてください。）

<input type="checkbox"/> 75歳以上で、ひとり暮らし、高齢者（75歳以上）のみの世帯
<input type="checkbox"/> 要介護（3 4 5）認定者（ <input type="checkbox"/> ねたきり <input type="checkbox"/> 認知症 ）
<input type="checkbox"/> 身体障害者（1級 2級）（ <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> その他）
<input type="checkbox"/> 知的障害者（㊟ A ）
<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（1級 2級）
<input type="checkbox"/> その他支援を必要とする方（)

緊急連絡先

氏 名 (団体名)		登録者との関係	
住 所		電 話 番 号	()
氏 名 (団体名)		登録者との関係	
住 所		電 話 番 号	()

【提出・問合せ先】

ときがわ町福祉課

TEL 0493-65-1521 (代表)
FAX 0493-65-3796

避難支援者情報(ご近所の方など、災害時に避難等を支援してくれる方がいる場合には、本人の同意を得てご記入ください。)

氏名 (団体名及び代表者)		登録者との関係	
住所		電話番号①	()
		電話番号②	()
氏名 (団体名及び代表者)		登録者との関係	
住所		電話番号①	()
		電話番号②	()

地域の情報

民生委員	氏名		電話番号	()
行政区名		<input type="checkbox"/> 未加入		

特記事項

かかりつけの医療機関、現在受けている治療や服薬している薬名、既往症、避難先での留意事項等避難の際、知っておいてほしい事項があれば記入してください。

個人情報の取り扱いに関する同意欄

私は、ときがわ町災害時避難行動要支援者個別支援プランの趣旨に賛同し、同制度に登録することを希望します。

また、私が届け出た個人情報を消防署、消防団、警察、民生委員・児童委員、社会福祉協議会、自主防災組織、行政区へ提出することに同意します。

申請者氏名 (印)

この申請書に関する情報は、災害発生時に地域の支援により生命等の安全を図るために使用するほか、日常の支援活動に利用するものであり、その用途以外に使用したり、他に情報を提供することは一切ありません。

役場使用欄

受付印	受付番号	個別支援プラン	備考
		年 月 日 作成	