

申請者 住 所

氏 名

対象者との続柄

次のとおり登録（変更）を申請します。

※裏面も記入してください。

画 計 別 個

◆避難支援者（災害時に支援いただける方） ※避難支援者となる方の同意を得てください。			
住 所			
氏 名			
自宅電話番号		携帯電話番号	
住 所			
氏 名			
自宅電話番号		携帯電話番号	
かかりつけ医	医療機関名		電話番号
	医療機関名		電話番号
治療中の病気 又は障害名			
治療（障害） 内 容			
避難時に携行 するもの	☐ 杖 ☐ 車椅子 ☐ 補聴器 ☐ 薬（ ） ☐ その他（ ）		
避難時に配慮 してほしいこ と等	あてはまるもの全てに☑をつけてください。 ☐ 立つことや歩行が困難である ☐ 音が聞こえない（聞き取りにくい） ☐ 物が見えない（見えにくい） ☐ 言葉や文字の理解が難しい ☐ 危険なことを判断できない ☐ 顔を見ても知人や家族とわからない ☐ その他（ ）		
避難場所			
民生委員・児童委員氏名		電話番号	
居宅介護支援事業所	（ケアマネジャー： ）	電話番号	
相談支援事業所	（相談支援専門員： ）	電話番号	

平常時の情報提供について

上記の内容を避難行動要支援者名簿に登録するとともに、その内容を支援等のために避難支援等関係者（民生委員・児童委員、社会福祉協議会、消防機関、警察など支援を行うのに必要と思われる機関、団体及び個人）に対して、平常時に情報を提供することに

☐ 同意します☐ 同意しません

※同意の有無について、どちらかに
チェックしてください。

※ 避難行動要支援者名簿へ登録すること及び避難支援等関係者への情報提供に同意することにより、災害時に支援が必ず行われることを保証するものではありません。また、避難支援等関係者は、法的な責任や義務を負うものではありません。

※ 施設入所（ショートステイを除く。）をされた場合は、自動的に登録が抹消されます。