

「災害時避難行動要支援者名簿」登録申請書兼同意書

（あて先）浜松市長

私は、地震など大きな災害が発生した（する）とき、自らや家族等だけでは避難が困難であるため、自治会（自主防災組織）、民生委員・児童委員、警察・消防機関、その他支援関係者（以下「地域支援者等」という。）の避難支援や安否確認、日頃からの防災支援を希望するとともに、自治会の防災訓練等の地域活動に積極的に参加し、日頃から地域住民と顔が見える関係づくりに努めます。

つきましては、注意事項（裏面）及び地域支援者等への個人情報の提供に同意し、「災害時避難行動要支援者名簿」への登録を申し込みます。

記

【地域支援者等へ提供する個人情報】

- ①氏名 ②生年月日 ③性別 ④住所(居所) ⑤電話番号 ⑥支援を必要とする理由
⑦その他避難支援に必要な情報（住宅地図等）

申込者本人

年 月 日

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏 名			
住 所	浜松市 区		
電話番号		自治会名	

要支援要件（支援を必要とする理由）

✓	区 分	支援を必要とする理由
<input type="checkbox"/>	高 齢 者	ひとり暮らし ・ 高齢者世帯 ・ （ ）
<input type="checkbox"/>	要介護認定者	要介護（ ） ・ 要支援（ ）
<input type="checkbox"/>	障 が い 者	身体（ 級） ・ 療育（ ） ・ 精神（ 級）
<input type="checkbox"/>	そ の 他	難病患者・乳幼児・妊産婦・その他（ ）

避難時に配慮が必要なこと

※必須（避難する際に配慮が必要な点すべてに☑、又はご記入ください）

- 立つことや歩行ができない 音が聞こえない（聞こえにくい）
 ものが見えない（見えにくい） 言葉や文字の理解がむずかしい
 危険かどうかの判断ができない
 その他（ ）

代筆者（代筆した場合に記入をお願いします。）

氏 名

電話番号

（続柄・関係等）

記入欄は裏面に続きます⇒

※ 家族等の緊急連絡先（お分かりになる範囲で記入をお願いします）

	緊急連絡先 ①	緊急連絡先 ②
フリガナ		
氏名・続柄	続柄（ ）	続柄（ ）
住 所		
電話番号		

注 意 事 項	<input type="checkbox"/>	※必須（左欄にレ点） 以下、確認し同意しました。
<p>1 同意を得て地域支援者等に提供された個人情報、災害時の避難支援活動のほか、<u>地域の防災訓練など日頃の防災活動</u>にも活用します。</p> <p>2 名簿に登録された方の状況等を確認するために、<u>自治会や民生委員・児童委員などがお宅を訪問</u>することがあります。</p> <p>3 名簿に登録することにより、災害時の避難支援が<u>保証されるものではありません</u>。また、地域支援者等は、法的な責任や義務を負うものではありません。</p> <p>4 施設入所や家族との同居など避難支援が<u>必要なくなった場合、届出</u>をしてください。また、市が保有する情報にて要件に該当しなくなった場合、情報提供は行いません。</p> <p>5 転居など、名簿の登録状況に変更が生じた場合、地域支援者等に正確な情報を伝えるため、<u>必ず変更の届出が必要</u>です。届出がない場合、<u>名簿の登録は継続しません</u>。</p> <p>※乳幼児は3歳到達、妊産婦は産後1年後の年度末（3月末）まで名簿に登載します。</p>		

市記入欄

受付処理	受付窓口	本庁
受付印欄	<p>【区役所/行政センター】</p> <p><input type="checkbox"/> 中央 <input type="checkbox"/> 浜名 <input type="checkbox"/> 天竜</p> <p><input type="checkbox"/> 東 <input type="checkbox"/> 西 <input type="checkbox"/> 南 <input type="checkbox"/> 北</p>	<p><input type="checkbox"/> 高齢者福祉課</p> <p><input type="checkbox"/> 介護保険課</p> <p><input type="checkbox"/> 障害保健福祉課</p> <p><input type="checkbox"/> 子育て支援課</p> <p><input type="checkbox"/> 健康増進課</p> <p><input type="checkbox"/> その他（ 課）</p>
受付担当者名	<p><input type="checkbox"/> 社会福祉課 <input type="checkbox"/> 児童家庭課</p> <p><input type="checkbox"/> 長寿支援課/長寿保険課</p> <p><input type="checkbox"/> 健康づくりセンター</p> <p><input type="checkbox"/> その他（ 課）</p>	<p>要支援者番号 又は 住民番号（宛名番号）</p>
通信欄	<p>.....</p> <p>.....</p>	