

- ・家族だけではお子様を連れて避難するのが困難で、周囲に避難支援者がいない場合に申請してください。
- ・市で名簿情報をとりまとめているますが、実際に避難支援を行うのは地域の方々です。申請があった場合、避難支援方法等について検討するために、自治会役員等が実際に自宅に出向きお話を伺う場合があります。この用紙の内容は支援に必要な情報となりますので、申請する場合は漏れなく記入してください。 確認後にし点を入れてください
- ・顔の見える関係づくりのため、地域の活動には積極的に参加するよう心掛けてください。 確認しました→

「災害時避難行動要支援者名簿」登録申請書兼同意書（乳幼児用）

（あて先）浜松市長

下記、乳幼児は、地震など大きな災害が発生した（する）とき、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、保護者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）

要支援者本人 ※乳幼児の氏名を記入 年 月 日

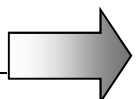
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			
住所	浜松市 区		
電話番号		自治会名	
区分	支援を必要とする理由 ※該当する理由にし点を入れて、支援してほしい内容を記入してください。		
乳幼児	<p>下記理由により家族が連れて避難するのが困難なため登録を希望します。</p> <p>《理由》 <input type="checkbox"/>乳幼児が多い <input type="checkbox"/>保護者の病気・障がい <input type="checkbox"/>乳幼児の病気 <input type="checkbox"/>その他（ ）</p> <p>《どんな支援が必要か具体的に記入してください》</p> <p>例「ひとり親家庭で、乳幼児が3人いる。他に支援者もいないため一緒に避難先まで付いて行ってほしい」</p>		

申込者 ※保護者の氏名を記入

フリガナ
保護者氏名 _____ 電話番号 _____

（続柄・関係等 _____）

裏面の「緊急連絡先」と「注意事項」の記入をしてください。



※ 家族等の緊急連絡先

	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。
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。		
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。		
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。		
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。		
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> 。		
※ 乳幼児は3歳になって迎える最初の年度末（3月末）に名簿から除外します。		

上記記入欄をすべて記入のうえ、区役所・行政センター内の児童家庭課（中央区の場合）/社会福祉課（浜名区・天竜区の場合）へ直接持参または子育て支援課まで郵送にてご提出をお願いします。※封筒、切手はご負担願います。

【郵送先】〒430-0933 浜松市中央区鍛冶町100-1 ザザシティ浜松中央館5階
 浜松市役所子育て支援課（電話053-457-2792）

※ 市記入欄

受付処理		区役所/行政センター	本庁
受付印欄		<input type="checkbox"/> 中央 <input type="checkbox"/> 東 <input type="checkbox"/> 西 <input type="checkbox"/> 南 <input type="checkbox"/> 浜名 <input type="checkbox"/> 北 <input type="checkbox"/> 天竜	<input type="checkbox"/> 子育て支援課 <input type="checkbox"/> その他 () 課
		<input type="checkbox"/> 児童家庭課 <input type="checkbox"/> 社会福祉課 <input type="checkbox"/> その他 () 課	
受付者名 ()		通信欄	
入力処理		要支援者番号 又は 住民番号（宛名番号）
月 日	<input type="checkbox"/>	[]	