

必ず漏れなくご記入ください！

登録申請書兼同意書（表面）ver. 6.1

## 「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

令和〇〇年 ××月 △△日

フリガナ	<u>ハマツ タロウ</u>	生年月日	昭和 〇年 ×月 △日
氏名	<u>浜松 太郎</u>		
住所	<u>浜松市 中央 区 元城町〇〇番地 松浜マンション305号室</u>		
電話番号	<u>XXX-XXX-XXXX</u>	自治会名	<u>〇〇自治会</u>

要支援要件（支援を必要とする理由）

不明な場合は窓口受付職員へお申し出ください。

✓	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 checked="" type="checkbox"/>	障がい者	身体（ 1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（ エレベーターが止まってしまうと車いすでは階段を降りられない ）

代筆者（代筆した場合に記入をお願いします。）

フリガナ ハマツ ハナコ 氏名 浜松 花子 電話番号 000-000-0000

（続柄・関係等 子）

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	<u>ハママツ ハナコ</u>	
氏名・続柄	<u>浜松 花子</u> 続柄（ <u>子</u> ）	続柄（ ）
住 所	<u>北海道札幌市中央区北1条西〇丁目</u>	
電話番号	<u>〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇</u>	

注 意 事 項	<input checked="" 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にも活用します。</u></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することがあります。</u></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、届出をしてください。</u>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です。届出がない場合、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>	