避難行動要支援者名簿登録申請書兼同意書

　　年　　月　　日

　岩沼市長　殿

　私は、災害時に避難をする際の支援を必要としますので、避難行動要支援者名簿への登録を申請します。

また、私はできる限り自分の命を守る努力をし、下記の確認事項を十分理解した上で、氏名、住所、生年月日、性別、要介護度や障害者手帳の種別・級等（裏面「名簿記載情報」）を避難支援等関係者へ平常時から提供することについて同意します。

【確認事項】

１　災害時に支援をしてくれる避難支援等関係者に平常時から名簿が提供されますので、避難行動の際に、支援を受ける可能性が高まります。

２　地域での避難支援体制はあくまでも助け合い（共助）の精神による活動ですので、避難を支援してくれる方に法的な責任や義務を負わせるものではありません。

３　災害時は、避難を支援してくれる方が被災される場合もありますので、避難行動の支援が必ずされることをお約束するものではありません。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者名  （本人署名※） | |  | ※同意者本人の承認があれば代筆可としますが、下欄に代理人の記入・押印が必要となります。 | |
| 上記、申請者名(本人署名)は、同意者本人から承諾を得て私が記入しました。 | | | | |
| 代　理　人 | フリガナ |  | 本人との  続　　柄 | （ 同居 ・ 別居 ） |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  | | |
| 電話番号 |  | | |

※　裏面の名簿記載情報もご記入ください。

名　簿　記　載　情　報

１　避難行動要支援者本人の情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 行 政 区 |  | | 町内会・  自治会等名 | □加　入　　　□未加入 | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | 性　　別 | |  |
| 住　　所 | 岩沼市 | | | | | | | |
| 連絡先  （１つ以上） | 自宅電話 |  | | | 携帯電話 | |  | |
| ＦＡＸ |  | | | その他 | |  | |

町内会・自治会等名は、加入している場合は必ず記入してください。

|  |
| --- |
| □　６５歳以上の高齢者で、家族の勤めなどにより日中（夜間）の長い時間に  わたり一人暮らしの状態  □　下記「避難行動要支援者の範囲」に準じ、病気等により地域による支援が必要な状態    ※社会福祉施設及び介護保険施設、医療施設等に長期入院せずに、自宅等で生活をしている方が対象です。 |

２　避難にあたって特に支援を必要とする理由（該当項目にチェック）

［避難行動要支援者の範囲］

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | 範囲 |
| 障害者 | 身体障害者手帳１級又は２級をお持ちの方 |
| 療育手帳Ａをお持ちの方 |
| 精神障害者保健福祉手帳１級又は２級をお持ちの方 |
| 要介護認定者 | 介護保険法の要介護認定３～５を受けている方 |
| 高齢者 | ６５歳以上の高齢者で、一人暮らしの方や高齢者のみの世帯の方 |
| その他 | 難病患者の方（指定難病、特定疾病等） |

　３　家族等の連絡先（相手方の承諾を得て記入してください。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | 本人との  続　　柄 | （ 同居 ・ 別居 ） |
| 氏　　名 | |  |
| 住　　所 | |  | | |
| 電話番号 | |  | | |
| □ | 表面の代理人と同一の場合は、こちらにチェックをしてください。  ※その場合、本欄の記入は省略できます。 | | | |