

佐渡市長 様

平成 年 月 日

申請者 住所

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

対象者との続柄 本人・( \_\_\_\_\_ )

※原則本人申請。重度の認知症や障がいにより、判断能力を有していない場合、親権者、法定代理人による代理申請が可能。

避難行動要支援者登録申請書

私は、災害発生時に地域の支援を受けたく、また平常時には地域内での声かけ・見守り活動に活用できるように、下記の内容を避難行動要支援者名簿に登録するとともに、居住している地域の自主防災組織（自主防災組織が結成されていない地域は集落長）、民生委員・児童委員、消防団、警察署、社会福祉協議会及び市の防災部局・福祉部局に平常時から提供されることに同意します。

※同意の意思及び記載内容については、変更の申出がない限り自動更新とします。

記

ふりがな		性別	生年月日	
氏名		男 女	年 月 日	
住所			電話 (FAX)	
避難支援等を 必要とする事由	①目が不自由                      ②耳が不自由                      ③歩行困難 ④その他 ( _____ )			
特記事項 配慮してほしいことや必要な保 健・医療・福祉サービス等を記入				
同居家族又は緊急時連絡先	緊急時に連絡を取る人を記入。市内に該当者がいない場合のみ、市外の連絡先を記入			
氏名	住所 (申請者と同じ場合は省略可)	電話		続柄
		自宅電話 _____ 携帯電話 _____		
		自宅電話 _____ 携帯電話 _____		

※記載内容に変更・修正がある場合は、取消し線で記載内容を消して記入してください。

