

坂戸市避難行動被支援希望者登録台帳登録申請書

平成〇〇年〇〇月〇〇日

坂戸市長 あて

私は、避難行動被支援希望者として登録を受けたいので申請します。また、この申請書に記載した情報を市の福祉所管課、防災所管課及び私が居住する区域の入西地域交流センター又は公民館で管理するほか、西入間警察署、坂戸・鶴ヶ島消防組合、坂戸市社会福祉協議会並びに私の居住する区域の民生委員、区・自治会、自主防災組織及び安否確認協力者に提供されることに同意します。

| | | | | | | | | |
|---|--------|---|------------------|------|-------------|----------|-------------------|--|
| 申請者 (被支援希望者) | フリガナ | サカド タロウ | | 生年月日 | 昭和〇〇年〇〇月〇〇日 | | 性別 | |
| | 氏名 | 坂戸 太郎 | | (年齢) | (〇〇 歳) | | 男・女 | <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 |
| | 住所 | 〒 350-02〇〇 坂戸市〇〇町〇-〇-〇 | | | 電話番号 | 2〇〇-〇〇〇〇 | | |
| | | | | | FAX番号 | 2〇〇-〇〇〇〇 | | |
| | 心身の状態 | (具体的に記入してください。) 脳梗塞の後遺症により左半身に麻痺がある。 | | | | 世帯人数 | 本人含め <u> 1 </u> 人 | |
| 対象区分 (該当する□にレ印を付けてください。) | | | | | | | | |
| 自立歩行の状態 <input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不可 | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳所持者 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳所持者 <input type="checkbox"/> 療育手帳所持者 <input type="checkbox"/> 要支援認定を受けている者 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護認定を受けている者 | | | | | | | | |
| 緊急通報システムの有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 区・自治会加入の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | |
| 緊急時連絡先 | フリガナ | サカド イチロウ | | 住所 | 〇〇市〇〇町〇-〇-〇 | | 電話番号① | 049-000-0000 |
| | 氏名 | 坂戸 一郎 続柄 (長男) | | | | | 電話番号② | 090-000-0000 |
| | フリガナ | 続柄 () | | 住所 | | | 電話番号① | |
| | フリガナ | 続柄 () | | | | | 電話番号① | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">電話番号①が固定電話番号の場合は、電話番号②に携帯電話番号を記入してください。</div> | | | | | | | | |
| 【署名】 | | | | | | | | |
| 申請者本人 | 坂戸 太郎 | | (必ず本人が署名してください。) | | | | | |
| 【代理人署名】 | | | | | | | | |
| フリガナ | 続柄 () | | 住所 | | | 電話番号① | | |
| 氏名 | | | | | | 電話番号② | | |

本人が署名できない場合は、代理の方が署名してください。

※ 本人が「署名できない」、「未成年者である」場合などは、法定代理人又は委任による代理人のほか、三親等内の血族、配偶者、三親等内の姻族又は民生委員が代わって署名してください。

【注意事項】

- 1 緊急時連絡先の情報は、関係機関等に提供されるため、本人の同意を得た上で御記入ください。
- 2 関係機関等の職員等が登録後に被支援希望者を訪問し、現在の状況を確認することがあります。
- 3 被支援希望者に対する支援は、地域の助け合いによって行われるもので、災害の状況によっては支援が必ずしも保証されるものではありません。また、支援者が責任を負うものでもありません。

【市記入欄】

| | | | |
|------|--|--------|--|
| 登録番号 | | 地域防災拠点 | |
| 受付課 | | | |

| | |
|----------------|--|
| 区・自治会又は自主防災組織名 | |
| 民生委員氏名 | |