

【提出用紙】



避難行動要支援者登録申請書兼同意書

(あて先)川口市長

【申請者】		記入日：令和                      年                      月                      日	
住所	川口市		
フリガナ		性別	生年月日
氏名		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 明・ <input type="checkbox"/> 大                      年                      月                      日
		<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭・ <input type="checkbox"/> 平

「川口市避難行動要支援者登録制度」へ登録を希望する方は①へ、  
しない方は②へ、どちらかにチェックを入れてください(□に✓をしてください)。

①  下記の内容について同意し、登録を希望します。

私は、川口市避難行動要支援者登録制度の趣旨に賛同し、同制度に登録することを希望します。また、私が届け出た裏面の情報を、川口市の福祉・消防・災害対策部局及び民生委員・児童委員、自主防災組織及び防災組織、消防団、警察、町会・自治会、市社会福祉協議会に提供することを同意します。

→ 裏面の【登録情報】をご記入ください。

②  下記の理由により、登録を希望しません・対象ではありません。

→ 下記(ア～カ)より、該当理由にチェックを入れてください(□に✓をしてください)。

- ア  自力で避難できるため
- イ  町会等に個人情報を提供することに同意できないため
- ウ  施設入所中のため
- エ  長期入院中のため
- オ  65歳未満の同居者がいるため
- カ  その他

→ 終了です(投函してください)。 ※裏面の記入は不要



【 登 録 情 報 】

※太線枠内をご記入ください。

		記入日	令和	年	月	日
フリガナ		性別	生 年 月 日			
氏 名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 昭	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平	年	月 日
電話番号(自宅)	- -	電話番号(携帯)	- -			
担当民生委員名		町会・自治会名				
該当する□に☑をいれてください	対象範囲	<input type="checkbox"/> 65歳以上で一人暮らし <input type="checkbox"/> 65歳以上の高齢者のみの世帯に属する <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(1~3級)を所持 <input type="checkbox"/> 療育手帳(マルA、A)を所持 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳(1~2級)を所持 <input type="checkbox"/> 介護保険 要介護認定3~5 <input type="checkbox"/> その他( )				
	身体状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 下肢不自由 <input type="checkbox"/> 視力不自由 <input type="checkbox"/> 聴覚不自由 <input type="checkbox"/> 言語不自由 <input type="checkbox"/> 一人で外出ができない <input type="checkbox"/> その他( )				
	疾病名等	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓の病気 <input type="checkbox"/> 脳血管の病気 <input type="checkbox"/> 判断能力の低下 <input type="checkbox"/> その他( )				
	補装具等	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストマ用具 <input type="checkbox"/> 紙おむつ類 <input type="checkbox"/> その他( )				
緊急連絡先①	住 所					
	フリガナ			続柄:		
	氏 名			電話: - -		
緊急連絡先②	住 所					
	フリガナ			続柄:		
	氏 名			電話: - -		

【申請受付・問い合わせ先】

- ① 65歳以上のかたは長寿支援課へ、65歳未満の障害者手帳所持者は障害福祉課へ、65歳未満の要介護認定者は介護保険課へ提出してください。
- ② 申請内容に変更が生じた場合は、上記①の提出先の課へ届け出てください。