

様式第1号(1)

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

※ 登録対象者の年齢が18歳未満の場合は、保護者名をご記入ください。

住 所	川口市		
フリガナ		性 別	☐ 男 ☐ 女
氏 名		生年月日	☐ 大・ ☐ 昭 年 月 日 ☐ 平・ ☐ 令

「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・保健部局及び民生委員・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。

隣家・近隣住民へ裏面の情報を提供することについて ☐同意する ☐同意しない

※災害時は、避難支援等関係者の多くも被災する可能性があるため、名簿の提供に同意することによって、災害時の支援が必ず保証されるものではありません。

→ 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

--

収受印

→ 終了です(投函してください)。裏面の記入は不要です。

【登録情報】

※太線枠内をご記入ください。

フリガナ		性 別	☐ 男	☐ 女
氏 名		生年月日	☐ 大・ ☐ 昭 ☐ 平・ ☐ 令	年 月 日
電話番号(自宅)	— —	電話番号(携帯)	— —	
※送付先を登録者住所以外に希望される場合にはご記載ください。 送付先氏名： (登録者との関係：) 送付先住所： 〒 — 理由：				
担当民生委員名		町会・自治会名		
対象範囲	☐ 65歳以上で一人暮らし ☐ 65歳以上の高齢者のみの世帯 ☐ 身体障害者手帳(1～3級)を所持 ☐ 療育手帳(㊤、A、B)を所持 ☐ 精神障害者保健福祉手帳(1～2級)を所持 ☐ 介護保険 要介護認定3～5 ☐ 指定難病医療受給者証を所持し日常生活において補助が必要な者 ☐ 小児慢性特定疾病医療受給者証を所持(高額治療継続者を除く重症患者認定者) ☐ その他()			
該当する □に ださい を い れ て く	身体状況	☐ 寝たきり ☐ 下肢不自由 ☐ 視力不自由 ☐ 聴覚不自由 ☐ 言語不自由 ☐ 一人で外出ができない ☐ その他() 配慮してほしいこと()		
	疾病名等	☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 心臓の病気 ☐ 脳血管の病気 ☐ 判断能力の低下 ☐ その他()		
	補装具等	☐ 車いす ☐ ストマ用具 ☐ 紙おむつ類 ☐ その他()		
緊急 連絡 先 ①	住 所	〒 —		方書
	フリガナ			続柄：
	氏 名			自宅： — — 携帯： — —
緊急 連絡 先 ②	住 所	〒 —		方書
	フリガナ			続柄：
	氏 名			自宅： — — 携帯： — —

【申請受付・問い合わせ先】

- ① 下記担当課欄にチェックが入った課へ提出してください。
 ② 提出後に申請内容に変更が生じた場合は、上記①の提出先の課へお問い合わせください。

事務局欄 担当課 ☐長寿支援課 ☐障害福祉課 ☐介護保険課 ☐疾病対策課 ☐健康増進課