

砺波市避難行動要支援者登録申請書

台帳登録の意思確認及び台帳提供に関する同意欄

砺波市長 殿

私は、災害発生時に、安否確認や避難など地域から支援が得られるよう、避難行動要支援者台帳に登録を申請しますが、避難支援を受けることができなくても避難支援者に対して、法的な責任を課すことはいたしません。また、私が届け出た下欄の個人情報を砺波市の関係部署、自治振興会、自主防災会、自治会（常会・町内会）、民生委員児童委員、社会福祉協議会、消防署、消防団、警察署に提供し、避難行動要支援者対策のため活用されることに同意します。

年 月 日

登録者住所

代理人住所

砺波市

登録者氏名

代理人氏名

（続柄 ）

登録内容記入欄

1 名簿登録者

|                         |                                                                     |                  |                 |       |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------|-------|
| フリガナ                    |                                                                     | 性別               | 生年月日            | 年 月 日 |
| 氏 名                     |                                                                     | 男・女              |                 | ( 歳)  |
| 住 所                     | 〒<br>砺波市                                                            | 自治会名<br>(常会・町内会) | 自治会<br>(常会・町内会) |       |
| 電話番号                    | ( ) - -                                                             | 携帯電話             | ( ) - -         |       |
| F A X                   | ( ) - -                                                             |                  |                 |       |
| 家族構成と<br>同居の状況<br>(続 柄) | 本 人、<br>( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )<br>※家族の中で、既に登録されている方は○で囲ってください。 |                  |                 |       |
| 緊急時の家族<br>等の連絡先<br>①    | 氏 名                                                                 | (続柄)             |                 |       |
|                         | 住 所                                                                 | 〒                |                 |       |
|                         | 電話番号                                                                | 固定電話             | ( ) - -         | -     |
|                         |                                                                     | 携帯電話             | ( ) - -         | -     |
|                         |                                                                     | 職場電話             | ( ) - -         | -     |
| 緊急時の家族<br>等の連絡先<br>②    | 氏 名                                                                 | (続柄)             |                 |       |
|                         | 住 所                                                                 | 〒                |                 |       |
|                         | 電話番号                                                                | 固定電話             | ( ) - -         | -     |
|                         |                                                                     | 携帯電話             | ( ) - -         | -     |
|                         |                                                                     | 職場電話             | ( ) - -         | -     |

## 2 身体及び居住の状況

|                               |                                                           |             |       |                |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------|-------|----------------|
| 避難行動要支援者（本人）（該当する□に✓をしてください。） |                                                           |             |       |                |
| 高齢者                           | □ 75歳以上のみの高齢者世帯 □ 75歳以上の一人暮らし高齢者                          |             |       |                |
| 障がい者                          | □ 身体                                                      | □ 体幹（1級・2級） |       | □ 上下肢（1級・2級）   |
|                               |                                                           | □ 視覚（1級・2級） |       | □ 聴覚（2級）       |
|                               |                                                           | □ 内部（1級ー）   |       | □ その他重複（1級・2級） |
|                               | □ 療育                                                      | □ A判定       |       |                |
|                               | □ 精神                                                      | □ 1級        |       |                |
| 要介護                           | □ 在宅の要介護認定者（要介護3以上）                                       |             |       |                |
| 難病                            | □ 難病患者認定者                                                 |             |       |                |
| その他                           | □ その他（在宅で自力避難が困難で、避難援護が必要な状態を記入してください）<br>記入欄（ ）          |             |       |                |
| 特記事項                          | 支援を受ける場合に配慮してほしいこと、日常的に必要な保健・医療・福祉サービス・心身の状態等について記入してください |             |       |                |
| 住宅の建築時期                       | 昭和56年5月31日より（ □ 以前 □ 以後 □ 不明 ）                            |             |       |                |
| 建物の構造等                        | □ 木造（ 階建て） □ 非木造（ 階建て）                                    |             |       |                |
| 住まいの状況                        | 普段いる部屋                                                    | 階の          | 寝室の位置 | 階の             |

## 3 避難支援者

※ 隣近所等で災害時に避難情報の伝達及び避難所への支援等の協力をいただける方について、支援者本人の了承を得て記入してください。

|   |           |      |                |
|---|-----------|------|----------------|
| ① | 氏名        | 続柄   | □ 近隣者 □ その他（ ） |
|   | 住所<br>砺波市 | 電話番号 | （ ）ー           |
|   |           | 携帯番号 | （ ）ー           |
| ② | 氏名        | 続柄   | □ 近隣者 □ その他（ ） |
|   | 住所<br>砺波市 | 電話番号 | （ ）ー           |
|   |           | 携帯番号 | （ ）ー           |
| ③ | 氏名        | 続柄   | □ 近隣者 □ その他（ ） |
|   | 住所<br>砺波市 | 電話番号 | （ ）ー           |
|   |           | 携帯番号 | （ ）ー           |

地区担当民生委員児童委員