

避難行動要支援者（登録・変更・廃止）申請書

年 月 日

おおい町長 様

私は、災害発生時などに地域の支援を受けたいので、「避難行動要支援者登録台帳」に登録いただくよう申請します。

また、私が届け出た次の個人情報をも町が避難行動要支援者登録制度実施要綱第4条に規定する地域支援者（消防署分署長、警察署駐在所長、民生・児童委員、区長、自主防災組織、社会福祉協議会事務局長、福祉推進員、消防団員、防犯隊員）に提供することに同意します。

本人氏名 ㊟

保護者氏名 ㊟ 住所 電話番号（ ）

代理人氏名 ㊟ 住所 電話番号（ ）

住 所・電話番号	おおい町 （ ）区）電話番号（ ）				
フリガナ		性 別	世帯主名	家族構成 (本人を含む)	
本人氏名		男 ・ 女		人	
生 年 月 日	年 月 日生（ ）歳				
掛かり付け医療機関	電話（ ）				
治療中の病気や服用の薬	病名	使用薬・用量 使用上の注意			
災害時に地域の支援を必要とする理由 (避難行動要支援者登録制度実施要綱第2条各号に規定する該当項目全てに○をつけてください。)	① 身体障害者	⑤ ひとり暮らし高齢者			
	② 知的障害者	⑥ 高齢者のみの世帯			
	③ 精神障害者	⑦ 前各号に掲げる者に準ずる者			
	④ 要介護者				
特 記 事 項	例:「本人は歩行困難のため災害時の避難は第三者の手助けが必要である。また薬を〇〇常用している。補装具、医療や介護に必要な器具の明記やアレルギーの有無等」				
※災害時の避難支援を円滑にするため特記事項があれば記入ください。	補装具等医療や介護に必要な器具名（ ） アレルギー（ ）				
希望する支援活動 (希望するもの全てに○をつけてください)	A 災害時の情報の提供・安否確認 B 災害時の避難援助・誘導 C その他（ ） ※ 災害の程度により、希望する支援が受けられない場合があります。				
緊急時連絡先 (身近な方を設定)	①	住 所	氏 名	本人との続柄	電話番号
	②	住 所	氏 名	本人との続柄	電話番号
避難支援者 *避難援助や安否確認のお手伝いをしていただけると近所の方のお名前を書いてください。また、必ず避難支援者の方に同意を得てください	住 所	フリガナ 氏 名	電話番号 (携帯電話番号)		
				()	
				()	

※町記入欄

	登録年月日	年 月 日	整理番号
	廃止年月日	年 月 日	行政区コード