事務処理課		番号	
		登録日	

本庄市避難行動要支援者登録（変更）申請書 兼 個別支援計画書

（あて先）　本庄市長

私は、災害時に支援が必要となるため、**本庄市避難行動要支援者避難支援制度の内容を理解し、同制度に登録することを希望**します。

申請日　令和　　年　　月　　日

（ふりがな）
本人氏名：

１．情報提供への同意（※チェック未記入の場合は、不同意と判断させていただきます。）

私は本書への記載事項について、平常時から避難支援等関係者（自治会、民生委員・児童委員、消防機関等）へ情報提供することに

（チェック欄　□）　同意します　　（チェック欄　□）　同意しません

２．要支援者（申請者）の情報

住　所	本庄市 （マンション名、部屋番号等できるだけ詳しく）	電話番号	
		携帯電話番号	
		ＦＡＸ	
生年月日	（大正・昭和・平成・令和） 年　　月　　日（　　歳）	性　別	男　・　女
		血液型	
自治会名		支会・班名	

家族等連絡先	氏　　名	住　所	電話番号	続柄
	ふりがな			
	ふりがな			

３．登録の区分（あてはまる項目にすべて〇を付けてください。）

１．６５歳以上の一人暮らし	２．７０歳以上の高齢者のみの世帯
３．要介護度４以上	４．身体障害者手帳１・２・３級
５．療育手帳Ⓐ・Ａ・Ｂ	６．精神障害者保健福祉手帳１・２級
７．その他（　　）	

※お分かりになる範囲で、可能な限り記入してください。　　**裏面もあります→**

４．避難支援者の情報

（あなたが希望する避難支援者を記入してください。**災害発生時に安否確認等の支援をしてもらうことの同意、避難支援者の情報を提供することの同意を必ず得た後に、記入してください。**）

避難支援者	ふりがな		電話番号		
	氏　名		住　所		
	区　分	１．家族　　２．親戚　　３．近隣者　　４．その他（　　）			
避難支援者	ふりがな		電話番号		
	氏　名		住　所		
	区　分	１．家族　　２．親戚　　３．近隣者　　４．その他（　　）			

５．支援情報

かかりつけの医療機関名		医療機関電話番号	
障害名、その他持病	（※記入は任意です）	常用薬・補装具等	
身体状況	１．寝たきり　　２．歩行困難　　３．視覚に障害がある　　４．聴覚に障害がある ５．避難の必要性等の判断が困難　　６．その他（　　）		
情報（災害関連情報等）伝達の留意事項			
避難誘導時の留意事項			
避難先での留意事項			
避難場所名			
避難経路			
備考			

手続き代理人（本人以外が代理で手続きした場合に記入してください。）

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿　本人からみた関係：＿＿＿＿＿＿＿＿　電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿

【注意事項】

・個人情報の提供に同意することで、災害時の避難支援が必ず保証されるものではありません。

・避難支援等関係者は、法的な責任や義務を負うものではありません。

【お問い合わせ先】

■本庄市役所　〒367-8501 本庄市本庄 3-5-3

〇地域福祉課　福祉政策係　電話（直通）0495-25-1142　　FAX　0495-71-4508