|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事務所理課 |  | 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　 | 電話番号 |  |
|  | 携帯電話番号 |  |
| (マンション名、部屋番号等できるだけ詳しく) | 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○を付けてください。）

|  |
| --- |
| １．６５歳以上のひとり暮らし　　　　　　　　　　　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１ | 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２ | 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） | 常備薬・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 |  |
| 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】

**・個人情報の提供を同意することで、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

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