

事務処理課	番 号	
	登録日	年 月 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、私が届け出た下記個人情報については、関係機関(市関係部局、民生委員・児童委員、自治会・自主防災組織、消防団、社会福祉協議会、広域消防本部、避難支援者)へ平常時より情報提供することに同意します。

申請日 年 月 日 (ふりがな)

本人氏名： _____ ⑩

1. 要支援者（申請者）の情報

住 所	本庄市	電話番号	
	(マンション名、部屋番号等できるだけ詳しく)	携帯電話番号	
		F A X	
生年月日	大・昭・平・令	性 別	男 ・ 女
	年 月 日 歳	血液型	型
自治会名		支会・班名	
家族等連絡先	氏 名	住 所	電話番号
	フリガナ		続柄
	フリガナ		

2. 登録の区分（あてはまる項目をすべて○で囲んでください。）

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 ()	

3. 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、また避難支援者の情報を提供することの同意を必ず得た後、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. 近隣者 2. 自治会 3. 自主防災組織 4. 民生委員 5. 親戚 6. その他()	
避難支援者2	ふりがな	電話番号	
	氏 名	住 所	
	区 分	1. 近隣者 2. 自治会 3. 自主防災組織 4. 民生委員 5. 親戚 6. その他()	

※おわかりになる範囲で、できるだけ記入してください。

裏面もあります→

4. 支援情報

※おわかりになる範囲で、できるだけ記入してください。

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		避難場所 電話番号	
所在地	本庄市	避難場所番号	
備考			

5. 民生委員の情報 (この欄は民生委員さんが後で記入します。)

担当民生委員氏名		地区名		電話番号	
				民生委員番号	

手続き代行者 (本人以外が代行した場合記入してください。)

氏名: _____ ④ 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 電話 (直通) 0495-25-1127
 ○ 地域福祉課 長寿いきがい係 (制度全般) FAX 23-1963

■ 児玉総合支所 〒367-0298 本庄市児玉町八幡山368 電話 (直通) 0495-72-1333
 ○ 支所市民福祉課 FAX 72-1630