

受付日

課

様式第1号(第3条関係)

伊勢崎市避難行動要支援者名簿登録申請書兼避難支援プラン個別避難計画

【同意欄】

(宛先) 伊勢崎市長

私は、伊勢崎市避難行動要支援者名簿登録制度の趣旨に賛同し、同制度に登録することを申請します。  
また、私が届け出た下記個人情報を市が自主防災組織、民生・児童委員、社会福祉協議会、消防署、消防団及び警察署に提供することを承諾します。

年 月 日

申請者氏名 \_\_\_\_\_

※自署することができない時は、本人の意思を確認の上家族や民生委員等の代筆も可能です。

代筆者氏名 \_\_\_\_\_

(続柄 \_\_\_\_\_)

【記入欄】

行政区	自主防災組織代表者氏名	電話	
	担当民生・児童委員氏名	電話	
住所 又は居所	〒	自宅電話番号	
	伊勢崎市	携帯電話番号	
		いせさき情報メール	登録する・しない
		メールアドレス	
		避難情報FAX配信サービス	登録する・しない
		FAX番号	
フリガナ	性別	男・女	
氏名	生年月日		
	年齢		
避難行動要支援者区分 (該当する箇所には○をつけてください)	1. 要介護認定者・要支援認定者 2. 障害者 3. ひとり暮らし高齢者 4. その他( )		
緊急時の家族等の連絡先			
氏名	住所		
	電話番号	(自宅・携帯)	
	続柄( )	メール・FAX	
氏名	住所		
	電話番号	(自宅・携帯)	
	続柄( )	メール・FAX	
家族構成 同居の状況等	居住建物の構造及び建築年		
	普段いる部屋		
	寝室の位置		

特記事項(要支援者の状況や、支援を受ける場合に特に伝えたいことなどを記入してください。)

緊急通報装置 (あり・なし)

自立移動 (可・要介護・不可)

避難支援者

※「避難支援者」とは、緊急時にあなたの避難を可能な限りにおいて手助けをしてくれる人を行います。記入に当たっては、あらかじめその人の同意を得てください。なお、「避難支援者」が災害時に不在の場合や、その人自身が被災していることも考えられますので、必ず支援を行うことを保障するものではありません。

氏名

続柄( )

住所

電話番号

(自宅・携帯)

氏名

続柄( )

住所

電話番号

(自宅・携帯)

氏名

続柄( )

住所

電話番号

(自宅・携帯)

かかりつけ医

かかりつけ医の電話番号

既往歴やアレルギー、いつも飲んでいる薬など

予定避難場所

血液型

【自宅周辺の略図】