

薩摩川内市長 殿 令和 年 月 日
私は、避難行動要支援者避難支援等制度の趣旨に賛同し、同制度に登録することを申し出ます。

代理記載及び 代理申請	氏 名	印	登 録 者 との関係		
※登録申出者の状態について以下の項目から選択してください					
☐ 要介護認定3～5を受けている方 ☐ 身体障害者手帳1級又は2級を所持している方(心臓又はじん臓機能障害のみをもって該当する方は除く) ☐ 療育手帳の交付を受けており、障害の程度がA判定の方 ☐ 精神障害者保健福祉手帳1級を所持している方 ☐ 本市の障害福祉サービスを受けている難病患者等 ☐ 前各号以外の方で避難行動要支援者避難支援等制度への登録申出を行った方					
※ふりがな		※性別	☐ 男性 ☐ 女性		
※氏 名		※生年月日	☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日生 歳		
※住 所	〒 ー 自治会名【 】 薩摩川内市				
※連絡先	自宅電話		FAX		
	携帯電話				
※世帯状況	人世帯 (男性 名、女性 名)				
※緊急時の 連絡先 (親 族 等)	氏名		住 所		
			自宅電話		
	(続柄)	携帯電話			
		氏名		住 所	
				自宅電話	
		(続柄)	携帯電話		
民生委員 児童委員	氏名			電話番号	
ケアマネジャー	氏名		電話番号		
災害時に必要 な支援等	(避難の際や避難所で不安なことなどを記載してください。)				
かかりつけの 医療機関等	病名	医療機関名	主治医	電話番号	

※印の記載項目は必須項目で、その他の項目は任意の記載項目です。

同意書

私が届け出た薩摩川内市避難行動要支援者登録申出書兼台帳及び個別避難計画に記載の個人情報について、支援関係者(市の関係部署、地域の社会福祉協議会、民生委員・児童委員、自治会、地区コミュニティ協議会、消防団、自主防災組織等)に提供し、日頃の見守りや災害時の避難支援、安否確認に関連する業務に使用することに同意します。

令和 年 月 日 氏名

㊞

個 別 避 難 計 画				氏 名	
※避難支援者情報	1	氏名		住 所	
				自 宅 電 話	
			(関係)	携 帯 電 話	
	2	氏名		住 所	
				自 宅 電 話	
			(関係)	携 帯 電 話	
	3	氏名		住 所	
				自 宅 電 話	
			(関係)	携 帯 電 話	
※ 予 定 先 避 難	1		2		
避難等情報の把握・伝達の流れ	■ 避難等情報の把握方法 ☐ 防災行政無線(市・自治会) ☐ 文字表示付 ☐ 家族や知人からの情報提供 ☐ テレビ・ラジオ・インターネット ☐ 避難支援者から伝達 ☐ その他: ■ 避難時の情報伝達(要請)の流れ ☐ 避難支援者⇒要支援者本人へ伝達 ☐ 要支援者本人⇒避難支援者へ要請 ☐ その他:				
避難時の必須携行品(医薬品等)	※ 日常必要な生活用具、常時服用している医薬品などを記入してください				
避難誘導時の留意事項	(記載例) 車イスが必要等				
避難先での留意事項					
特記事項					
備 考					

入 力		