

別 記

第 1 号様式 (第 4 条第 1 項)

栄町避難行動要支援者名簿登録申込書

令和 年 月 日

栄町長 様

申込者 住所 栄町
氏名

私は、避難行動要支援者登録制度の趣旨に賛同し、栄町避難行動要支援者名簿への登録をしたいので申し込みます。

また、避難の支援、安否の確認その他の生命又は身体を災害から保護するために必要な措置及び平時における声かけ、見まわりの活動等地域の支援を受けるため、次の内容について、避難支援等関係者（避難支援等を行う個人又は団体）及び地域支援団体等（所属自治会等、所属自主防災組織、栄町消防団、成田警察署、印西警察署、社会福祉法人栄町社会福祉協議会及び民生委員）に提供することに同意します。

フリガナ		性 別	男 ・ 女	
氏 名		生 年 月 日	大・昭 年 月 日 生 平・令 (歳)	
住 所	栄町	電 話 番 号	(自宅) (携帯)	
		メー ル ア ド レ ス		
避難行動要 支援者区分	<input type="checkbox"/> 75歳以上のひとり暮らしの者 <input type="checkbox"/> 要介護認定者(要介護 級・要支援 級) <input type="checkbox"/> 身体障害者(級) <input type="checkbox"/> 知的障害者(級) <input type="checkbox"/> 精神障害者(級) <input type="checkbox"/> 妊産婦 <input type="checkbox"/> 難病患者 <input type="checkbox"/> その他()			
世帯の状況	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 2人以上 ⇒ 家族構成()			
所属自治会等名				
緊急時の家族等の連絡先				
氏名(フリガナ)	続柄	住 所	電話番号	メールアドレス
			(自宅) (携帯)	
			(自宅) (携帯)	
生活状況・災害時に不安なこと				

避難支援等関係者(団体可) ※個人の場合は自書してください。代筆する場合、確認欄に記入をお願いします。

私は、申込者、自分以外の避難支援等関係者、所属自治会等、所属自主防災組織、栄町消防団、成田警察署、印西警察署、社会福祉法人栄町社会福祉協議会及び民生委員に対し、下欄に記載した私の情報を提供することに同意し、避難支援等関係者となることを承諾します。

氏名又は団体名 (フリガナ)	避難行動要 支援者との関係	住 所	電話番号	代筆の 確認日 代筆者名
			(自宅) (携帯)	月 日
			(自宅) (携帯)	月 日