

海士町避難行動要支援者名簿登録(変更)書

海士町長様 申請日 年 月 日

私は、災害時等において支援が必要なため、海士町避難行動要支援者名簿への登録（変更）を申し込みます。

対象者（登録者）

○をつける→【 新規 ・ 変更 】

氏 名		男・女	住 所	海士町
生年月日	年 月 日	電話番号／FAX番号		
家族状況	☐ 一人暮らし ☐ 高齢者、障害者のみの世帯 ☐ 世帯内に介助者がいるが家族だけでは困難 ☐ 世帯内に介助者がいるが、日中はいない ☐ 介護者がいる ☐ その他（ ）			
支援が必要な理由	該当するものに レ 印をつけて下さい。 ☐ 介護認定者 ☐ 75歳以上の高齢者 ☐ 身体障害者手帳保持者(☐ 視覚障害 ☐ 聴覚障害 ☐ 言語障害 ☐ 肢体不自由 ☐ 内部障害) ☐ 療育手帳保持者 ☐ 精神障害者保健福祉手帳保持者 ☐ 難病患者 ☐ その他（支援を必要とする理由 ）			
支援内容等	避難するにあたり、どのような支援が必要ですか。該当するところに レ 印をつけて下さい。 ☐ 車椅子又は担架が必要 ☐ その他 ☐ 長距離は歩けないため車ででの支援が必要 ☐ 必要なし ☐ 声かけや誘導が必要			
避難所				
支援を受ける場合に配慮して欲しいことや、心身の状態などを記入して下さい。				

町内支援者の連絡先（支援者了解の上記入して下さい。）※支援者がいない方は、書かなくても結構です。

順位	住 所	氏 名	電話番号	申請者との関係
1	海士町			
2	海士町			
3	海士町			

家族等の連絡先（町外に住んでいる方も含みます。）※親族がいない方は、書かなくても結構です。

住 所	氏 名	電話番号	申請者との関係
		（ ）	
		（ ）	
		（ ）	

同意書

私は、災害時における支援や日頃の見守り活動などのために、上記の記載事項について、町の関係部署、消防機関、警察機関、民生委員・児童委員、社会福祉協議会、地区の区長等に情報提供されることに

☐ 同意します。
☐ 同意しません。

氏 名

申請者署名が代筆の場合は、下記に代理人の住所氏名等をご記入ください。

住所 〒 -

代理人氏名 (続柄)

電話番号 ()

※本人死亡、転出、施設に入所した場合は、自動的に登録を取り消します。