

東村山市避難行動要支援者登録申請書

年 月 日

(申請先)東村山市長

私は、避難行動要支援者の名簿登録の趣旨に賛同し、避難行動要支援者名簿への登録を希望するので、下記のとおり申請します。また、私が届け出た下記個人情報及び市及び関係行政機関が保有している私に係る情報(避難支援等の実施に関し市長が必要と認める事項に限る。)について、市が東村山市避難行動要支援者の登録に関する規則第7条の規定に基づき登録情報を利用又は提供することを承諾します。

申請者氏名 ㊟

代理人氏名 ㊟

申請者(登録者)	ふりがな		生年	明治・大正・昭和・平成・令和	
	氏名		月日	年 月 日	
	住所	東村山市 町 丁目 番地			
	電話番号	()	FAX	()	
	携帯電話	()			
	要支援情報 (□にチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 要介護認定者 <input type="checkbox"/> 70歳以上の一人暮らし高齢者 <input type="checkbox"/> 75歳以上の高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 障害者 (<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 愛の手帳(知的障害) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳) <input type="checkbox"/> 難病患者(病名:) <input type="checkbox"/> 外国籍市民(英語 中国語 韓国語 タガログ語 その他()) <input type="checkbox"/> その他 (登録が必要な理由:)			

裏面は、記入できる範囲で記入してください。
市役所等に提供したくない情報は記載する必要はありません。

(裏面) 記入できる範囲で記入してください。記入した内容は名簿に登録され、災害時等に活用されます。何も記入しなくても構いません。

任意でご記入ください(何も記載しなくても登録できます)	自治会名	<input type="checkbox"/>	※自治会に加入しているかたで、市が当該自治会長等に登録情報を提供することに同意するかたは、口にチェックを入れて自治会名を記入してください。同意しない場合は、記入しないでください。		
	避難所		※基本は自宅に近い市立の小学校、中学校が避難所となります。自治会等やご近所との関係で、違う学校を記入しても構いません。		
	緊急時の家族等の連絡先	氏名	続柄()		電話番号
		住所			
		氏名	続柄()		電話番号
		住所			
	緊急時等に気にかけてほしいことなど、地域の関係者へ特に伝えたい内容があれば記入してください				
	利用している制度	<input type="checkbox"/> 緊急通報システム <input type="checkbox"/> 緊急安心キット <input type="checkbox"/> ヘルプカード			
	血液型	型	就寝階(普段寝ている場所)	階	※血液型、就寝階は救急時対応等において、消防署等で活用されます。
	かかりつけ医	医療機関名:		主治医:	
かかりつけ歯科医	医療機関名:		主治医:		
かかりつけ薬局	薬局名:				
利用中のケアマネジャー又はヘルパー事業所					
地域の支援者	何かあった時に気にかけてくれたり、災害時等に避難を支援してくれるような方(地域の支援者)がいらっしゃる場合はご記入ください。(地域の支援者は、あくまで「地域の助け合い」によるものであり、その支援活動に伴う様々な事柄について必ずしも責任を負うものではありません。)				
1人目	氏名	関係 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 近隣住民 <input type="checkbox"/> その他		電話番号	
	住所				
2人目	氏名	関係 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 近隣住民 <input type="checkbox"/> その他		電話番号	
	住所				