

様式第3号（第4条関係）

年 月 日

避難行動支援申込書兼同意書

みやこ町長 様

私は、災害発生時に自力で避難することができないため、避難支援に必要となる個人情報（氏名・生年月日・住所・障がい種別等身体の状態・連絡先等）を避難支援等関係者（民生委員児童委員、区長、社会福祉協議会、消防団、警察等）に提供することに、同意します。

氏名	(ふりがな)	電話番号	(自宅)
	-----		(携帯)
住所	〒	F A X	
		E-mail	

※同意することにより、避難支援等関係者から災害発生時に避難行動支援を受ける可能性が高まりますが、必ずしも支援を保証するものではありません。

(代理人による申込みの場合)

代理人氏名	(ふりがな)	申込者との関係	

住所	〒	電話番号	

必ずご記入ください。

緊急時の 連絡先	氏名	続柄	電話番号	住所
				〒

あてはまるものに☑および下線部にご記入ください。

支援が 必要な 理由	<input type="checkbox"/> 要介護認定者（要支援___・要介護___） <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（___級） （ <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 内部障害 <input type="checkbox"/> その他___） <input type="checkbox"/> 療育手帳（___） <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（___級） <input type="checkbox"/> その他（_____）			血液型	
身体 状況	<input type="checkbox"/> つえを使用 <input type="checkbox"/> 車いすを使用 <input type="checkbox"/> 寝たきり	<input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 聞こえない	<input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない	<input type="checkbox"/> 言葉（声）がでない <input type="checkbox"/> 言葉の理解が難しい	
暮らし の状況	<input type="checkbox"/> 同居している親族がいない <input type="checkbox"/> 徒歩圏内に親族が住んでいない <input type="checkbox"/> 昼間の時間、一人きりになる <input type="checkbox"/> 夜間の時間、一人きりになる <input type="checkbox"/> 一人で外出できない <input type="checkbox"/> 世帯に車を所有していない <input type="checkbox"/> 定期的に福祉サービスを使用している（事業所名_____）				
既往歴	(特に伝えたい既往歴がある場合はご記入ください)				
特記 事項	(特に伝えたいことがある場合はご記入ください)				
希望避 難場所	(あればご記入ください)				

【職員記入欄】

避難経路等