様式第３号（第４条関係）

表

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況・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 | 〒 | ＦＡＸ |  |
| 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。**

裏

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | □要介護認定者（要支援　　・要介護　　）　　□高齢者のみ世帯  □身体障害者手帳（　　級）  （□視覚 □聴覚 □下肢 □体幹 □上肢 □内部障害 □その他　　）  □療育手帳（　　）　□精神障害者保健福祉手帳（　　級）  □その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | 血液型 |  |
|  | | | | | | |
| 身体  状況 | □つえを使用  □車いすを使用  □寝たきり | □聞こえにくい  □聞こえない | □見えにくい  □見えない | □言葉（声）がでない  □言葉の理解が難しい | | |
|  | | | | | | |
| 暮らしの状況 | □同居している親族がいない　　　　　□徒歩圏内に親族が住んでいない  □昼間の時間、一人きりになる　　　　□夜間の時間、一人きりになる  □一人で外出できない　　　　　　　　□世帯に車を所有していない  □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 |