

# 避難行動要支援者登録申請書（兼 個人情報の提供に関する同意書）

令和 年 月 日

水戸市長 様

私は、災害時に自力で避難することが困難なことから、安否確認などの支援活動を優先して受けることを希望するため、避難行動要支援者名簿への登録を申請します。また、**平常時から避難支援等関係者へ個人情報を提供することについて、同意します。**

ふりがな				生年月日	大・昭・平・令 年 月 日		
氏 名				住 所			
自宅電話				ご自身の状態 ※あてはまる 項目にチェック してください。 ※不明の場合記入不要	<input type="checkbox"/> 要介護認定（２以上） <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（１級・２級） <input type="checkbox"/> 療育手帳（マルＡ・Ａ） <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（１級・２級） <input type="checkbox"/> ７５歳以上ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 市の支援を受けている難病患者 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
携帯電話							
所属する 町内会							
※代理申請の場合は、ご記入ください。							
ふりがな				電話番号			
代理申請者氏名				関係			
代理申請者住所							
【緊急時の家族の連絡先】							
氏名		続柄		住所		TEL	
氏名		続柄		住所		TEL	
【避難の支援をしてくれる方の連絡先】							
氏名		続柄		住所		TEL	
氏名		続柄		住所		TEL	
避難場所	①				②		
<input type="radio"/> 水戸市・在宅見守り安心システムを利用しています（はい・いいえ） <input type="radio"/> 水戸市・緊急通報システム NET 119を利用しています（はい・いいえ）							
居住建物の構造				普段いる部屋の位置			寝室の位置
かかりつけ医 （２つまで記入可）	医療機関名①					TEL	
	医療機関名②					TEL	
利用している 居宅介護支援事業所、 サービス事業所等	居宅介護支援 事業所等					担当者	
	サービス 事業所等						
服薬内容 アレルギー等				特記事項			