

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。	<input type="checkbox"/> 要介護認定（2以上）	
携帯電話					<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（1級・2級）	
所属する町内会					<input type="checkbox"/> 療育手帳（マルA・A）	
※不明の場合記入不要				<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（ ）						
※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

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）

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	
----------------	--	------	--