（様式第１号）

会津坂下町避難行動要支援者登録（新規・変更・取消）申請書

令和　　年　　月　　日

会津坂下町長　様

　私は、災害時には援護が必要となるため、会津坂下町避難行動要支援者登録名簿へ登録を申請します。

　つきましては、下記の記載事項が自主防災組織（行政区長）、会津坂下警察署、会津坂下消防署、会津坂下町消防団、会津坂下町社会福祉協議会、民生児童委員が平常時における安否確認、災害時の援護活動に役立てるため、下記に記載する私の個人情報を用いることに同意し併せて情報提供されることを承諾いたします。また、登録内容に変更等が生じた場合は速やかに届け出をいたします。

※　太枠内を記入してください。氏名については本人自署とします。ただし、本人自署が困難な場合は、親族等の代筆も可とします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 名簿登録申請者 | フリカナ |  | | | | | | | 性別 | | 男　・　女 | | |
| 氏　　名 | ㊞ | | | | | | |
| 生年月日 | T・S・H　　　年　　月　　日 | | | | | 年齢 |  | 電話番号  0242（　　）  携帯番号  FAX | | | | |
| 住　　所 | 〒969－ | | | | | | |
| 登録区分番号 |  | | 緊急通報システム | | あり・なし | | | 行政区名 | | | |  |
| 担当している介護保険事業者名 | | | |  | | | | | | | | |
| かかりつけの医療機関名 | | | |  | | | | | 持病 | | | |
| 代筆者記入欄 | | | 氏　名 | ㊞ | | | | | 本人との続柄 |  | | 自宅等℡  携帯℡ | |
| 住　所 |  | | | | |

※登録区分番号は下表の該当する番号を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| ※　登　録　区　分　番　号　（登録の理由） |  |
| ①　要介護（３～５）認定者  ②　身体障がい者  ③　知的障がい者  ④　ひとり暮らしの高齢者  ⑤　高齢者のみの世帯で、避難支援を必要とする方  ⑥　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  特記事項： | |