**大空町避難行動要支援者名簿登録申請書**

様式第２号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

大空町長　様

　私は、災害時において自力による避難が困難ですので、大空町避難行動要支援者名簿への登録を申請します。

　また、下記の個人情報について、避難の支援、安否の確認、その他の生命又は身体を災害から保護を受けるために、上記内容（氏名、生年月日、性別、住所、障がい種別及び病名等の内容、連絡先等）を、大空町防災計画に定める避難支援関係者（消防、警察、民生児童委員、社会福祉協議会、居住地域の自主防災組織（自治会）等）に提供することに、同意します。

１　登録する方の情報

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | ㊞  ﾌﾘｶﾞﾅ | 生年月日 | 年　　月　　日（　　　歳） | | |
| 性　　別 | 男　　・　　女 | | |
| 住　　所 | 大空町 | | 自治会名 | |  |
| 避難支援を必要とする理由 | □介護保険の認定を受けている　　（認定区分：　　　　　　　　　　　　　）  □障がい者手帳を所持している　　（障害種別：　　　　　　　　等級　　　）  □難病に関する支援を受けている　（疾患名：　　　　　　　　　　　　　　）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ≪特記事項≫ | | | | |
| 電話番号 |  | ファックス番号 | |  | |
| 携帯電話番号 |  | メール  アドレス | |  | |

２　代理申請する方の情報

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | ﾌﾘｶﾞﾅ  ㊞ | 登録する方との関係 | |  | |
| 住　　所 | 大空町 | | 電話番号 | |  |