

有田川町避難行動要支援者名簿及び 一人暮らし高齢者世帯登録申請書

ふりがな 氏 名		
住 所	有田川町大字	
生年月日	T・S・H・R 年 月 日生	
電話番号	— —	
登録理由 (該当番号に○)	1 70歳以上の一人暮らしの方 2 65歳以上の方のみの世帯の方 3 介護保険の要介護3以上の方 4 手帳をお持ちの方 (身体1級・身体2級・療育A・精神1級) 5 特定医療費(指定難病)受給者 6 小児慢性特定疾病医療受給者 7 その他()	
緊急(親族等)の連絡先	① ふりがな 氏 名	
	① 住 所	
	① 電 話 番 号	— —
	① 本人との関係(続柄)	
	② ふりがな 氏 名	
	② 住 所	
	② 電 話 番 号	— —
	② 本人との関係(続柄)	
特記事項 (身体状況など)	(例)人工呼吸器使用、人工透析週3回行っている。 車いす使用、左耳が聞こえづらい など	

登録理由1の方のみ 見守り協力員	希望の有・無	有 ・ 無	担当民生委員名		
	協力員	ふりがな 氏 名			
		住 所	有田川町大字		
		電 話 番 号	— —		
	本人との関係	隣 人 ・ 兄弟姉妹 ・ ()			

※この制度は、災害時の避難行動の支援が必ず受けられることを保証するものではなく、避難を支援する方々が法的な責任や義務を負うものではありません。

※同意の意思について、変更の申出がない限り自動継続とします。

裏面を必ず確認してください

同意書

有田川町長 様

私は、避難支援に必要となる以下の個人情報を町が地区自治会、民生委員、自主防災組織、避難支援者(情報伝達支援者)、消防署、警察署、社会福祉協議会等に提供することに同意します。

年 月 日

本人氏名

申請者氏名

(続柄)
