

## 避難行動要支援者名簿登録申請書

登録番号		申請日	〇〇年 〇月 〇日
フリガナ	スナガワ タロウ	生年月日	
氏名	砂川太郎 (印)	年齢	〇〇年〇月〇日 ( 歳)
		性別	(男) ・ 女
住所	〒 073 - 0195 砂川市 西7条北2丁目 (方書)		
連絡先	自宅電話 0125-54-2121	FAX 0125-54-2568	
	携帯電話 090-0909-0909		

名簿登録を希望する理由

- ・ 要介護3・4・5の認定を受けている方
- ・ 身体障害者手帳1・2級(総合等級)の第1種を所持する身体障害者の方(心臓、じん臓機能障害のみで該当する方は除く)
- ・ 療育手帳Aを所持する知的障害者の方
- ・ 精神障害者保健福祉手帳1・2級を所持する方
- ・ 市の生活支援を受けている難病患者の方

上記に準じる状態

(希望する理由 **【例】要介護1の認定を受けていて足腰が弱く移動に時間がかかるため**)

\* 砂川市が保有する要介護認定区分や障害等級等の個人情報についても、外部提供致します。

砂川市長様

私は、避難行動要支援者制度の趣旨に同意し、災害時に支援が保証されるものでないことも理解し、同名簿に登録することを希望します。

また、私が届け出た個人情報を、市が避難支援等関係者に提供することを承諾します。

申請者	住所	砂川市西7条北2丁目	
	氏名	砂川太郎	(印)
代理記載者	住所		
	氏名		(印)
申請者との関係 ( )			

\* 太線で囲まれた部分へご記入ください。