

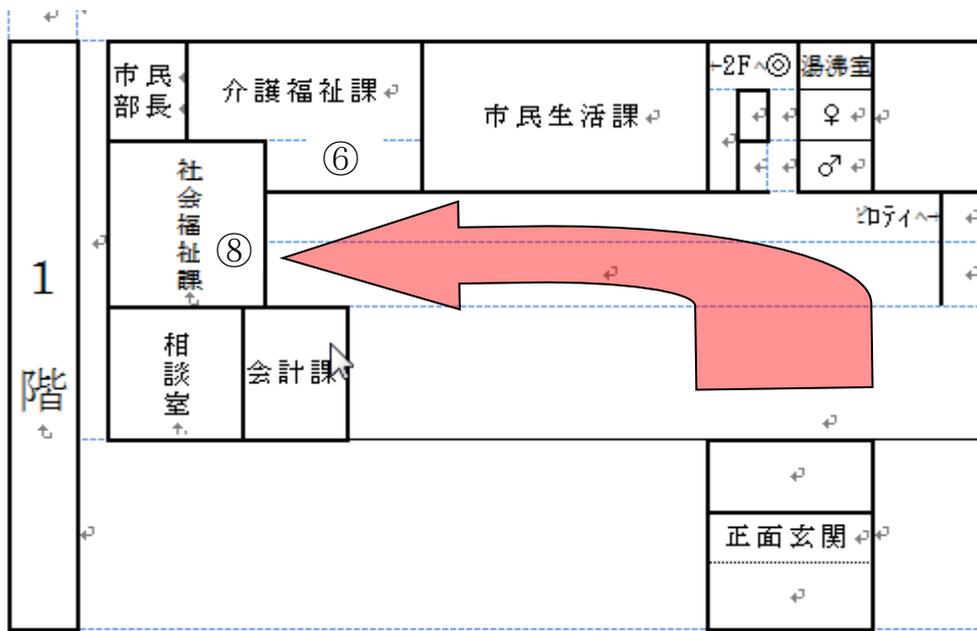
避難行動要支援者名簿登録申請書

登録番号			申請日	平成 年 月 日
フリガナ			生年月日	明・大・昭・平
氏名	⑩		年齢	年 月 日 (歳)
			性別	男 ・ 女
住所	〒 ー 砂川市 (方書)			
連絡先	自宅電話		FAX	
	携帯電話			
<p>名簿登録を希望する理由</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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(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 ・ 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 <p><input checked="" type="checkbox"/> 上記に準じる状態 (希望する理由)</p> <p>* 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。</p>				
<p>砂川市長様</p> <p>私は、避難行動要支援者制度の趣旨に同意し、<u>災害時に支援が保証されるものでない</u>ことも理解し、同名簿に登録することを希望します。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 氏名 ⑩</p> <p style="text-align: right;">代理記載者 住所 氏名 ⑩</p> <p style="text-align: right;">申請者との関係 ()</p>				

* 太線で囲まれた部分へご記入ください。

避難行動要支援者名簿登録申請書の提出先は、

砂川市役所 1階 介護福祉課⑥窓口又は社会福祉課⑧窓口です。



問い合わせ先

砂川市西6条北3丁目 砂川市役所 市長公室課防災対策係

電話 54-2121

FAX 54-2568

E-mail bosai@city.sunagawa.lg.jp

市役所処理欄

受付印	受付者印

介護福祉課	社会福祉課

係	係長	課長補佐	課長

確認欄

- 本人の制度への同意
- 災害時支援が保障されるものではないことへの同意

その他特記事項