

所沢市 避難行動要支援者名簿登録申請書（兼）同意書

フリガナ				性別	男・女	
氏名						
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日		
住所	所沢市					
避難支援等を必要とする事由	<input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 特記事項 ()					
電話番号			FAX番号			
携帯電話番号			メールアドレス			
避難時に配慮しなくてはならない事項	<input type="checkbox"/> 立つことや歩行ができない <input type="checkbox"/> 音が聞こえない（聞き取りにくい） <input type="checkbox"/> 物が見えない（見えにくい） <input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解が難しい <input type="checkbox"/> 危険なことを判断できない <input type="checkbox"/> 顔を見ても知人や家族とわからない <input type="checkbox"/> その他 ()					
緊急時連絡先 ①	フリガナ					
	氏名(団体名)			続柄(関係)		
	住所					
	連絡先	電話番号			携帯電話	
		メールアドレス				
緊急時連絡先 ②	フリガナ					
	氏名(団体名)			続柄(関係)		
	住所					
	連絡先	電話番号			携帯電話	
		メールアドレス				

※ 緊急連絡先についても避難支援者に提供されますので、同意を得たうえ記入してください。

※ 同意いただいた場合、上記情報を避難支援関係者に提供します。

地域の避難支援者への名簿情報の提供に同意することにより、避難支援者から災害発生時における避難支援を受ける可能性が高まりますが、避難支援者自身や家族などの安全が前提のため、同意によって、災害時の避難行動の支援が必ずなされることを保証するものではなく、また、避難支援者は、法的な責任や義務を負うものではありません。

上記の内容を理解し、所沢市避難行動要支援者名簿へ登録を申請します。

また避難の支援、安否の確認、その他の生命又は身体を災害から保護するために、上記内容（氏名、生年月日、性別、住所、障害種別等の内容、連絡先等）及び障害名や病名を、所沢市地域防災計画に定める避難支援等関係者へ平常時から提供することに同意します。

令和 年 月 日

代理人署名欄

代理人住所

代理人電話番号

氏名 _____

※同意の意思について、変更の申し出がない限り自動継続とします。