

避難行動要支援者登録台帳

私は、避難行動要支援者制度へ同意し、名簿への登録を希望します。

また、下記の個人情報を災害時における避難誘導等必要な支援に活用するため市の関係機関や警察、消防、民生児童委員、自治会等に提供されることに同意します。

作成年月日 令和 年 月 日

民生委員 氏 名		TEL	
		FAX	
フリガナ		生年月日	T・S・H 年 月 日
氏 名	印	自治会名	
住 所	益田市	町	
電話番号		携帯番号	
避難行動要支援者区分			
☐ 後期高齢者世帯 ☐ 要介護者 ☐ 障がい者 ☐ その他 ()			
該当になるところの□に「✓」を入れて下さい。			
同居人	氏 名	続 柄	生 年 月 日
	● 同居している方がおられましたらご記入ください。 ● 連絡先欄は、携帯番号、勤務先等不在時に連絡できる場所等をご記入ください。		
緊急時 連絡先①	フリガナ		
	氏 名	ご家族や親せきの方で市内・市外・県外問いません。	
	住 所		
	連絡先	固定：	携帯：
緊急時 連絡先②	フリガナ		
	氏 名		
	住 所		
	連絡先	固定：	携帯：

裏面も記入してください

地 域 支 援 者 ①	フリガナ		
	氏 名		
	住 所	益田市 町	
	連 絡 先	固定：	携帯：
地 域 支 援 者 ②	フリガナ	● 近所で支援していただける方 ● 市内にお住いの親戚の方 ● 1人～3人 ● 地域支援者がいなくてもかまいません。 ● 同居人の方でも大丈夫です。 ● 支援をお願いする人にご本人より依頼をお願いします。	
	氏 名		
	住 所		
	連 絡 先		
地 域 支 援 者 ③	フリガナ		
	氏 名		
	住 所	益田市 町	
	連 絡 先	固定：	携帯：
掛かりつけ 医 療 機 関			電話（ ）
介護等利用 サービス名			電話（ ）
自 治 会 で 決めている 避 難 場 所	1：	電話（ ）	
	2：	電話（ ）	
	3：	電話（ ）	
避 難 時 の 留 意 事 項			
その他留意 事 項	薬等、避難時に持ち出しが必要な物がありましたらご記入ください。		
備 考			