

避難行動要支援者登録申請書

屋久島町福祉事務所長 様

令和 年 月 日
提出者氏名 _____
【本人・家族・他(包括・ケア・民生・)】
連絡先 _____

私は、災害時等の避難行動や安否確認及び緊急時の身元確認につなげるため、避難支援等関係者(消防機関、警察、民生委員・児童委員、社会福祉協議会、自主防災組織、その他避難支援等の実施に携わる関係者)に以下の個人情報(名簿情報)について提供することに、

同意します 同意しません (いずれかに☑チェックしてください。)

※注1 施設入所、長期入所しています(施設名 _____)

(注1)施設入所、長期入院の場合、登録の対象となりません。施設等を退所・退院されましたら、改めて登録申請書兼同意書の提出をお願いいたします。

ご本人 (支援を必要とする者の基本情報)

フリガナ		性別	男・女	年齢	歳
本人氏名		生年月日	T・S・H・R	年 月 日	
住 所	屋久島町	電話番号	- -		
		携帯番号	- -		
同居の親族情報 該当する方に○	有 無	有の場合、同居の方の氏名と連絡先をご記入ください。			
担当ケアマネジャー		ケアマネジャー連絡先			

ご親族 (緊急時等の連絡をさせていただく方 ※町外在住者も可)

氏 名	住 所	連絡先電話番号	続柄
		- -	
		- -	

支援者 (災害時の避難行動の支援をしてくださる方)

※注2 支援者にも把握していただきたいため、できるだけ事前に同意を得てください。

氏 名	住 所	連絡先電話番号	関係	同意
	屋久島町	- -		有・無
	屋久島町	- -		有・無

(注2) 支援者が同意することによって、災害発生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なく、支援者が法的な責任や義務を負うものではありません。



情報提供に同意する場合は、裏面へ

問い合わせ先

屋久島町役場
福祉支援課(福祉事務所)福祉係
TEL 0997-43-5900(161・164)

情報提供に同意する場合は、下記もご記入ください。

避難支援等を必要とする事由 (該当する番号等すべてに○をつけてください)	
1. 要介護【3・4・5】の認定を受けている	6. 1～5に該当しないが、自力で避難することが困難である
2. 身体障害者手帳【1級・2級】を持っている 視覚・聴覚・上肢・下肢・体幹	支援を必要とする理由
3. 療育手帳【A1・A2】を持っている	
4. 精神障害者保健福祉手帳(1級)を持っている	
5. 指定難病・特定疾病医療受給者証を持っている 【疾病名	】

～ 特記事項 ～ 支援するうえで、気になることがありましたら御記入ください。

	受付	入力	備考欄
処理欄			