

災害時要援護者登録申請書兼登録台帳

大崎町長 宛

私は、災害時要援護者支援制度の趣旨に賛同し、同制度への登録を希望します。また、私が届け出た下記情報等を、災害時において、町役場関係課、社会福祉協議会、消防団、避難支援者、民生委員等に提供することを承諾します。

○ 年 ○ 月 ○ 日

住所 大崎町 仮宿1029

代理人住所

氏名 大崎 太郎



代理人氏名

印

(続柄)

集落名	町 西				
災害時要援護者区分	ひとり暮らし高齢者・高齢者のみの世帯・障害者 その他 ()				
ふりがな	おおさき たろう				
氏名	大崎 太郎	生年月日 S 7年 1月 1日 (86才)			
住所	〒899-7305 大崎町仮宿 1029				
自宅番号	099-476-1111	携帯電話			
性別	男	血液型 A型・B型・O型・AB型			
同居者	氏名	続柄	生年月日	年齢	備考
	大崎 花子	妻	S10.3.5	83	
避難支援者	田中 次郎				町西集落同じ班
緊急時の連絡先 (必ず2人記入してください)					
氏名	続柄	住所	電話番号等		
大崎 三太郎	子	有明町山重 1234	電話	472-1234	
			携帯	090-1234-5678	
			電話		
			携帯		
避難先での留意事項					
かかりつけの病院 (備考)	大崎町 ○○医院				

この台帳に関する情報は、災害発生時等に地域の支援により、生命等の安全を図るもののほか、日頃の支援活動に利用するものであり、それ以外の用途に使用したり、他に情報を漏らしたりすることを禁止します。

大崎町長