

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 代理人住所

氏 名 代理人氏名

(続柄)

集 落 名					
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			生年月日	年 月 日 (才)	
氏 名					
住 所	〒				
自宅番号			携 帯 電 話		
性 別		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
避 難 支 援 者					
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		
			電 話		
			携 帯		
			電 話		
			携 帯		
避 難 先 での 留 意 事 項					
か かり つけ の 病 院					
備 考					

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