

避難行動要支援者名簿情報届出書

この登録票は、災害時の避難行動等に不安がある方の情報を地域で共有し、普段の見守り活動とともに、災害時や緊急時に少しでも敏速な対応を行うことを目的としています。

記入日： 年 月 日

大東市長 宛

【同意欄】

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を受けるために、市から避難支援等関係者(消防署や自主防災組織等)に情報提供することに同意します。

本人

代理人

(続柄

)

1. 名簿情報 (必ず記入してください。)

フリガナ		生年 月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
氏名			
住所 (住民票上の住所)	大東市		
※本人の所在地が施設等の場合は右記にも記載してください	グループホーム	住所：	
		グループホーム名：	
	有料老人ホーム等の施設又は病院等	住所：	
		施設・病院等名：	
電話番号	()	居住 家族数	人
携帯番号	()		
世帯状況 (○印)	1. ひとり暮らし 2. 昼間ひとりが多い 3. 家族だけでは支援が不安		
支援を必要とする理由 (○印)	1. 寝たきり 2. 歩行困難 3. 視覚に不安がある 4. 聴覚に不安がある 5. 避難時の判断が困難 6. その他、特記事項 ()		

2. 災害時・緊急時連絡先 (緊急時や災害時に必要ですのでご記入ください。)

①	フリガナ		続柄	
	氏名		電話番号	()
	住所		携帯番号	()
②	フリガナ		続柄	
	氏名		電話番号	()
	住所		携帯番号	()

3. 医療機関の情報 (消防による救急搬送時等に備えて登録したいと思われる方はご記入ください。)

既往歴(主な病気)			
かかりつけ病院	名称：	電話	()

※個人情報については、市及び避難支援等関係者内において適正に管理し、避難支援に関わる目的以外には使用しません。