

**避難支援等を必要とする理由**

要介護認定において、要介護3以上の認定を受けている者  
 身体障害者手帳の所持者で、障害の程度が1級・2級の者  
 療育手帳Aの所持者  
 精神障害者保健福祉手帳1級の所持者  
 65歳以上の高齢者のみで構成される世帯の者  
 その他災害時の支援が必要と認められる者

**鳴門市避難行動要支援者登録申請書兼同意書**

鳴門市長 宛

私は、災害時に避難をする際に、鳴門市避難行動要支援者登録制度に基づく支援を必要とするため、当該申請書を提出します。

**1.登録申請者**

(フリガナ) 氏 名		性別		生年月日	
住 所					
居 所	※上記住所と違うところに居住している場合にご記入ください。				
連絡先	1	2	(顔写真)		
	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール			

《支援を受けるために必要な個人情報を提供することの同意欄》

私は、本申請により登録される私の個人情報について、災害時での活用を目的に、市が保有するとともに、避難支援者、地域支援機関(民生委員・児童委員、自主防災会)に提供することに、

年 月 日

同意します。  
 同意しません。

申請者本人署名 \_\_\_\_\_ 印

**2.代理申請(本人が記入できない等の理由で代理人が記入した場合は、下の欄に記入してください。)**

(フリガナ) 氏 名		印	続 柄	
住 所			電話番号	

個人情報の提供に同意される方は、裏面もご確認ください。

1.お住まいの場所:現在お住まいの場所を○で囲んでください。

--	--	--	--	--	--	--	--	--

4.緊急連絡先:登録申請される方の緊急時に連絡がとれる方をご記入ください。

1	(フリガナ) 氏名		続柄		住所	
	連絡先	1	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール	2	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール	
2	(フリガナ) 氏名		続柄		住所	
	連絡先	1	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール	2	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール	

5.避難支援者:ご近所で避難支援者になっていただける方がおられる場合はご記入ください。

記入については、同意が必要ですが、未記入な場合でも申請できます。

1	(フリガナ) 氏名		続柄		住所	
	連絡先	1	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール	2	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール	
2	(フリガナ) 氏名		続柄		住所	
	連絡先	1	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール	2	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール	