　私は、摂津市避難行動要支援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、私が届け出た下記個人情報を、市の関係部課、消防本部、社会福祉協議会、地域支援組織、支援者に提供し、災害時及び災害訓練時に活用されることに同意します。

　　　　 　年　　月　　日

　　　　　　 　本 人 氏 名

　　　　　 　　　 　　代 理 人 氏 名 （続柄　　　　）

※　災害時などに助けに来てもらえる人（避難支援者）がいる場合、事前に同意を得て、氏名及び連絡先を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (フリガナ)  氏 名 | | 男・女 | | | | | | 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和  　　　　年　　　月　　　日 | |
| 住　　　所 | | 摂津市 | | | | | | 電話番号 |  | |
| 携帯・メール | | (携帯) | | | | | | FAX番号 |  | |
| (アドレス) | | | | | | | | |
| 支援を要する理由 | | | □ひとり暮らし高齢者　　　　　　 □療育手帳（A）  □要介護認定者（要介護３・４・５）　　　　□精神障害者保健福祉手帳（１級）  □身体障害者手帳（１・２級 ※心臓、じん臓機能障害のみで該当する者は除く。）  □その他（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 同居家族  （続 柄） | | ( ) | | | | | | ( ) | | |
| ( ) | | | | | | ( ) | | |
| 緊 急 連 絡 先 |  | 氏　　　　名 | | | | 続　柄 | 住　　　　 所 | | | 電話番号 |
| 昼 |  | | | |  |  | | |  |
|  | | | |  |  | | |  |
| 夜 |  | | | |  |  | | |  |
|  | | | |  |  | | |  |
| 特 記 事 項  (身体状況・かかりつけ医・　使用薬・介護時の留意点等) | | | | |  | | | | | |
| 介護・障害福祉サービス等受 給 状 況 | | | | (内容) | | | | | | |
| (事業所) | | | | | | |
| 居住地区名 | | (小学校区) (自治会名) | | | | | | | | |
| 避難支援者※ | | 氏　　　　名 | | | | 続 柄 | 住 所 | | | 電話番号 |
| 第1候補 | |  | | | |  |  | | |  |
| 第2候補 | |  | | | |  |  | | |  |