

様式第1号(第3条関係)

※ 稲城市確認欄

課長	係長	係

避難行動要支援者登録
届出書兼情報提供同意書

No. _____

稲城市長 殿

_____年 _____月 _____日 以下の個人情報の提供に同意して登録します。

【情報提供先：避難行動要支援者市民相互支援ネットワーク】

市役所(福祉部)、消防署、多摩中央警察署、民生児童委員、自主防災組織、お住まいの地域の自治会(名簿受領に同意のある団体に限る。)、社会福祉協議会、地域包括支援センター。

※ 太枠は、地域団体で共有する情報です。

届出者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外(署名: _____)		続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> その他(_____)		
登録者	ふりがな			性別	男 ・ 女	
	氏名					
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日	年齢	歳
住所	〒206- 東京都稲城市					
電話	(固定電話)			(携帯電話)		
身体上の状況(ねたきり・歩行困難等の状況を記入してください。50文字以内) 自力での避難(可能 ・ 不可能) メールアドレス(_____)						
緊急連絡先	氏名			電話		
	住所					
かかりつけ医療機関	病院名			診療科		
	所在地					
備考						

【次の情報は福祉総合システムから自動的に登録されます】

- ・身体障害者手帳、愛の手帳、精神障害者保健福祉手帳、要介護状態区分
- ・世帯の状況
- ・最寄の避難所(地図上での最短距離の避難所)

【提出先】

- 稲城市役所福祉部生活福祉課
稲城市東長沼2111番地 電話042-378-2111 (内線212、213)

収 受 印

※ 申し込み後、本人保管用として「避難行動時要支援者カード」をお送りいたしますので、身近なところに保管してください。
また、変更が生じた場合にはご連絡ください。

※ 押印不要