**避難行動要支援者名簿登録申請書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録番号 |  |  | 申請日 | | 年　　 月　 　日 |
| フリガナ |  | | 生年月日  年齢 | | 年 　月 　日（　　歳） |
| 氏　名 |  | |
| 性別 | | 男　　・　　女 |
| 住　所 | 〒　　　―　　　　　砂川市  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（方書） | | | | |
| 連絡先 | 自宅電話 | | | FAX | |
| 携帯電話 | | |  | |
| 名簿登録を希望する理由  ・要介護３・４・５の認定を受けている方  ・身体障害者手帳１・２級(総合等級)の第１種を所持する身体障害者の方(心臓、じん臓　　　機能障害のみで該当する方は除く)  ・療育手帳Ａを所持する知的障害者の方  ・精神障害者保健福祉手帳１・２級を所持する方  ・市の生活支援を受けている難病患者の方  □上記に準じる状態  （希望する理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）    ＊砂川市が保有する要介護認定区分や障害等級等の個人情報についても、外部提供致します。 | | | | | |
| 砂　川　市　長　　様  私は、避難行動要支援者制度の趣旨に同意し、災害時に支援が保証されるものでないことも理解し、同名簿に登録することを希望します。  また、私が届け出た個人情報を、市が避難支援等関係者に提供することを承諾します。  申請者　　　住所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名  　　　　　　　　　　　　　　代理記載者　住所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名  　　　　　　　　　　　　　　申請者との関係（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |

＊太線で囲まれた部分へご記入ください。

**避難行動要支援者名簿登録申請書の提出先は、**

**砂川市役所　１階**

**介護福祉課⑪窓口**

**又は**

**社会福祉課⑬窓口**

**です。**

**問い合わせ先**

**砂川市西７条北２丁目　砂川市役所　市長公室課防災対策係**

**電話　７４－８７６５　　　　　　ＦＡＸ　５４－２５６８**

**E-mail bosai@city.sunagawa.lg.jp**

|  |
| --- |
| **確認欄**  **□本人の制度への同意**  **□災害時支援が保障されるものではないことへの同意**  **その他特記事項** |

**市役所処理欄**

|  |
| --- |
| **受付印** |
|  |

|  |
| --- |
| **受付者印** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 介護福祉課 | 社会福祉課 |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 係 | 係長 | 課長補佐 | 課長 |
|  |  |  |  |