

## 災害時要援護者登録申請書

申請日 年 月 日

光市長様

私は、災害時要援護者登録制度の趣旨に賛同し、同制度への登録を希望します。  
 また、私が届け出た下記の個人情報、災害時の避難支援や防災情報提供、安否確認、平常時での防災活動のため、市の関係部署や光地区消防組合、光警察署及び地域支援団体（社会福祉協議会、民生委員児童委員、福祉員、消防団、自主防災組織、自治会等）に提供されることに同意します。

代理記載及び代理申請	氏名		㊞	登録者との関係	
フリガナ		生年月日	年	月	日
登録者氏名	㊞	性別	男	・	女
現住所	光市	自治会名			
対象者区分 (該当に○をつけてください。)	1. ひとり暮らし 2. 75歳以上高齢者のみの世帯 3. 身体障害者1・2級	4. 療育手帳A 5. 精神障害1級 6. その他( )			
電話番号		FAX			
防災情報提供(メール)	希望あり(別紙 登録申請書記入要) ・ 希望なし				
家族構成	人(本人含む)				
主なかかりつけ医	病院名		TEL		
	住所				
	病院名		TEL		
	住所				
緊急時の連絡先	1	氏名	続柄		
		住所	TEL		
	2	氏名	続柄		
		住所	TEL		
(避難支援者等)	1	氏名	関係		
		住所	TEL		
	2	氏名	関係		
		住所	TEL		
避難時における留意事項	1 歩行困難    2 車椅子使用    3 視覚障害    4 聴覚障害 5 内部障害    6 その他特別な配慮が必要( )				
担当民生委員					