

府中市避難行動要支援者名簿登録
兼 救急医療情報キット配付申請書

府中市長

令和 年 月 日

登 録 者 の 情 報	ふりがな	生年月日	
	氏名	明・大・昭・平・令 年 月 日	
	住所	〒183- 府中市	
	携帯番号	()	電話番号
(本人が記入することができない場合)代理人署名		(続柄)	

府中市では、高齢者や障害者など、災害発生又はそのおそれがある場合に一人では避難することが難しい方を地域の支え合いにより支援するため、避難行動要支援者名簿（以下「名簿」といいます。）を作成しています。名簿の登録及び救急医療情報キットの配付を希望しますか（施設入所中や長期入院中の方は、登録対象にはなりませんので恐れ入りますが、に☑をしてご返送ください。）。

【1】該当箇所に☑を入れてください。

<input type="checkbox"/> <u>名簿登録を希望します（名簿登録者には救急医療情報キットをお配りします。）</u>	<input type="checkbox"/> <u>名簿登録を希望しませんが、救急医療情報キットの配付のみ希望します。</u>	<input type="checkbox"/> <u>名簿登録及び救急医療情報キット配付は両方とも希望しません。</u>
--	---	---

下記を確認し裏面【3】へ

下記を確認し【2】へ

【2】へ

本紙の提出を以て、以下の内容に同意するものとします。

市が災害の発生に備え、避難支援等の実施及び救急医療情報キットの配付・活用に必要な限度で、裏面に記載されている避難支援等関係者に対し、私の氏名・住所・電話番号・性別・生年月日・対象要件・加入自治会名等の情報を提供すること。

を選んだ方は裏面へ
お進みください。

【2】又はを選んだ方は、名簿登録をしない理由を選んでください。

<input type="checkbox"/> 自力で避難することができます。
<input type="checkbox"/> 家族・同居者がいます。（続柄：）
<input type="checkbox"/> 施設入所のため。（施設名：）
<input type="checkbox"/> 長期入院のため。（病院名：）
<input type="checkbox"/> その他（）

又はを選んだ方の
記入箇所は以上です。

【3】 を選んだ方は、次の(ア)から(ウ)までご記入ください。

(ア) 自治会(町会・管理組合)に加入していますか。

<input type="checkbox"/>	はい 自治会名 ()
<input type="checkbox"/>	いいえ

(イ) 災害が発生した際に、あなたの自宅を訪問し、安否確認や避難支援を行うことができる方はいますか。

<input type="checkbox"/>	はい	関 係	氏 名
		<input type="checkbox"/> 子	()
		<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹	()
		<input type="checkbox"/> 友人・知人	()
		<input type="checkbox"/> その他()	()
<input type="checkbox"/> いいえ			

(ウ) 緊急連絡先を記入してください。

氏 名	続柄	電話番号	住 所
		() ()	
		() ()	

以上で記入は終わりです。

(留 意 事 項) 避難支援等関係者(自治会、民生委員等)への個人情報の提供に同意することにより、災害発生又はその恐れがある場合に避難支援等関係者から安否確認や避難の支援を受けられる可能性が高まりますが、避難支援等関係者自身やその家族等の安全が前提となるため、同意することによって、安否確認や避難支援が必ずなされることを保証するものではなく、また、避難支援等関係者は法的な責任や義務を負うものではありません。

個人情報の提供先

避難支援等関係者	名簿登録者	キット配付者
府中市と協定を締結した自治会		
民生委員		
府中消防署		
府中警察署		
地域包括支援センター		

事務処理欄

受付日	令和 年 月 日	入力日	令和 年 月 日
受付者	市(高齢・障害)・包括()	名簿区分	新規・変更(A1・A2・A3・C・D・E)
キット	配付済・未配付・その他()	備 考	