

**府中市避難行動要支援者（災害時要援護者）名簿登録申請書
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	()	

*** 該当箇所に☑を入れ、必要事項をご記入ください。**

【1】府中市では、高齢者や障害者など災害発生時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（災害時要援護者）名簿（以下、「名簿」といいます。）を作成しています。名簿への登録及び救急医療情報キットの配付を希望しますか。

<input type="checkbox"/> ①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。）	<input type="checkbox"/> ②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。	<input type="checkbox"/> ③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。
---	---	---

* 【1】で①または②を選んだ方は、次の内容を確認のうえ、必ず署名してください。

私はこの登録届の裏面に記載されている「留意事項」を理解し、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に同意します。

本人（または代理人）署名 (続柄：)

* 【1】で②または③を選んだ方は、名簿登録を希望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 ()

⇒②または③を選んだ方の記入箇所は以上です。

⇒①を選んだ方は裏面もご記入ください。

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	

(表面から続きます)

*** 名簿登録を希望される方は、次の【2】から【4】までご記入ください。**

【2】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

【3】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"/>	いいえ	<input type="checkbox"/> その他（ ）	（ ）

【4】緊急連絡先をご記入してください。

氏名	続柄	電話番号	住所
		（ ）	
		（ ）	
		（ ）	
		（ ）	

※ 施設入所中や長期入院中の方は、名簿登録及び救急医療情報キット配付の対象にはなりません。

留意事項

避難行動要支援者（災害時要援護者）は、避難支援等関係者（自治会、民生委員等）への個人情報提供に同意することにより、災害発生時に避難支援等関係者から避難支援を受け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、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	○	○