

様式第1号（第5条関係）

双葉町避難行動要支援者名簿登録申請書兼同意書

年 月 日

双葉町長 様

私は、双葉町避難行動要支援者支援制度の趣旨に賛同し、避難行動要支援者名簿に次の情報を登録することを希望します。また、支援を受けるために必要な登録情報について、避難支援等関係者へ提供することに同意します。

(避難行動要支援者) 氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
\*自署の場合は押印不要です  
住所 双葉町大字 \_\_\_\_\_  
(代理人) 氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
住所 \_\_\_\_\_  
連絡先 \_\_\_\_\_  
支援者との関係 ( \_\_\_\_\_ )

1. 避難行動要支援者

フリガナ		性別	生年月日	
氏名		男・女	年 月 日	
住所	双葉町大字	電話番号		
居住地		家族構成 *本人含む	人	

2. 要支援者区分（該当するものすべてに☑を付けてください）

<input type="checkbox"/> 要介護認定者 [要介護（3・4・5）]
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳所持者 [等級（1・2）級 障害部位（ _____ ）]
<input type="checkbox"/> 療育手帳A所持者
<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳1級所持者
<input type="checkbox"/> 指定難病医療受給者証所持者
<input type="checkbox"/> 65歳以上ひとり暮らし
<input type="checkbox"/> 65歳以上の高齢者のみ世帯
<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

3. かかりつけの病院等

病院名/診療科	住所	電話番号

4. 緊急連絡先

氏名	住所	電話番号	続柄

5. その他特記事項

--