

【情報共有等同意書】

熊本市長様

私は、災害時要援護者避難支援制度の趣旨に賛同し、同制度に登録することを希望します。

また、下記の記載事項が市の関係部局・消防局・町内自治会・自主防災クラブ・民生委員等の地域支援者に提供されること、登録した個人情報を住民基本台帳と照合すること、災害の規模や支援者の状況等により支援が受けられない場合があることを承諾します。

申請者氏名	Ⓜ	法定代理人氏名	Ⓜ	関係(続柄)	
-------	---	---------	---	--------	--

1 申請者

ふりがな		性別	男・女	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日
氏名					
住所	〒()-() 熊本市 区			自宅 携帯	- - - -
電話を利用できない方の 連絡方法(メール・FAX等)					
校区	町内				

2 申請の要件(理由) ※該当する番号(①と③については番号と記号)を「○」で囲んでください。

①	高齢者 ※65歳以上	ア. ひとり暮らしの高齢者 ウ. 寝たきりの高齢者	イ. 高齢者のみの世帯 エ. 認知症の高齢者
②	障がいのある方	※障がいの内容をご記入ください。	
③	医療依存度の高い方	ア. 人工呼吸器装着者 エ. 特殊薬剤使用者	イ. 在宅酸素使用者 オ. 経管栄養使用者
④	妊産婦	出産(予定)日 年 月 日	⑤ 乳幼児
			ウ. 人工血液透析者 カ. その他()

3 災害時に受けたい支援(内容) ※該当する番号を「○」で囲んでください。

①	自力で避難できないため、避難支援をしてほしい。	※支援者の状況等によっては、支援できない場合があります。
②	自力で避難できるが、避難情報等の災害情報を伝えてほしい。	

4 避難支援者

※近所の方等で、避難時の支援者になって頂ける方をご記入ください。
※支援者の方への了解・確認の上、ご記入ください。
※支援者の方がいない場合は、未記入でも申請可能です。

氏名(ふりがな)	関係(続柄)	住所 ※熊本市内のみ	電話番号
()		〒()-() 熊本市 区	自宅 携帯 - - - -
()		〒()-() 熊本市 区	自宅 携帯 - - - -

5 緊急時の連絡先

※災害時にとっても重要となるものです。遠方でもかまいませんので、連絡先の方に確認の上、ご記入ください。(記入できない場合は、その旨をお書きください)

氏名(ふりがな)	関係(続柄)	住所	電話番号
()		〒()-()	自宅 携帯 - - - -
()		〒()-()	自宅 携帯 - - - -