記入例

（様式１）

熊本市災害時要援護者避難支援登録申請

（ 新規 ・ 変更 ）

申請日： 令和● 年 ● 月 ● 日

> 本人の承諾があれば代筆が可能です。
> ただし、本人の押印が必要です。

> 本人の署名捺印、又は、代筆による申請（本人の押印要）の場合、記入・押印は不要です。
> 本人が未成年者や成年被後見人等で、同意の判断ができない場合に、親権者、未成年後見人、又は、成年後見人にあたる方が記入・押印ください。（その場合、「申請者氏名」の記入・押印は不要です。）

【 情報共
援制度の趣旨に賛同し 同制
関係部局・消防局・町内自治会
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
を承諾します。

申請者氏名	熊本　市郎　（印：熊本）	法定代理人氏名	印	関係（続柄）	

1 申請者

ふりがな	くまもと　しろう	性別	㊚・女	生年月日	明・大・㊐昭・平・令
氏名	熊本　市郎				１１年　１１月　１１日
住所	〒(860)-(0000) 熊本市 中央 区 手取本町1番1号			自宅	096 － 0000 － 0000
				携帯	090 － 0000 － 0000
電話を利用できない方の連絡方法(メール・FAX等)	メール ： kuma.ichiro@kumamoto.co.jp				
手取 校区	1 町内				

> 聴覚障害等の理由により電話を利用できない場合、メールや FAX 等の連絡方法をご記入ください。

> お住いの町内自治会について、わかる範囲でご記入ください。

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「〇」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　(イ.) 高齢者のみの世帯 ウ. 寝たきりの高齢者　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。 聴覚障害（身体障害者手帳2級）
③	医療依存度の高い方	ア. 人工呼吸器装着者　イ. 在宅酸素使用者　ウ. 人工血液透析者 エ. 特殊薬剤使用者　オ. 経管栄養使用者　カ. その他(　　　　)
④	妊産婦	出産(予定)日　年　月　日　⑤ 乳幼児

> ※障害者手帳を所持していない場合も、登録は可能です。

3 災害時に受けたい支援(内容) ※該当する番号を「〇」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
（てとり　たろう） 手取　太郎	近所の方	〒(860)-(0000) 熊本市 中央 区 手取本町1番2号	自宅 096 - 222 - 2222 携帯 - -
（　　　　）		〒(　　)-(　　) 熊本市　区	自 - -

> 電話番号は、必ずご記入ください。

5 緊急時の連絡先

※災害時にと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
（くまもと　いちみ） 熊本　市美	妻	〒(860)-(0000) 熊本市 中央 区 手取本町1番1号	自宅 096 - 000 - 0000 携帯 090 -3333- 3333
（くまもと　としお） 熊本　都市男	長男	〒(000)-(0000) 東京都▲▲区■■町1番1号	自宅 - - 携帯 090 -4444- 4444