

避難行動要支援者名簿登録申請書兼同意書

令和 年 月 日

熊本市長 様

(本人)

住所

氏名

(※代理人申請の場合)

代理人氏名 (本人との関係)

下記の内容で、避難行動要支援者名簿への登録を申請し、平常時から避難支援等関係者に名簿情報を提供することに同意します。

【本人情報(名簿情報)】

フリガナ		生年月日	大 昭 平 令 年 月 日
氏 名		性 別	
住所又は居所	熊本市 区		
電 話 番 号 その他の連絡先			
避難支援を必要とする事由	※該当する番号と、その内容を選択またはご記入ください		
	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
	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	医療依存の内容をご記入ください ()
	④	妊産婦	出産(予定)日 (年 月 日)
	⑤	乳幼児	生年月日 (年 月 日)
	⑥	その他	その他避難支援等が必要な事由をご記入ください ()