

## 避難行動要支援者名簿変更・廃止申請書

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の登録状況の（ 変更 ・ 廃止 ）を申請します。

| 変更申請<br><br><input type="checkbox"/> 変更 | <p>→ 1. 変更内容の発生日    令和     年     月     日     ・    不明</p> <p>2. 変更内容</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">変更する項目</th> <th style="width: 40%;">今までの内容</th> <th style="width: 40%;">新しい内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> | 変更する項目 | 今までの内容 | 新しい内容 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 変更する項目                                  | 今までの内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 新しい内容  |        |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        |        |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        |        |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        |        |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        |        |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止申請<br><br><input type="checkbox"/> 廃止 | <p>→ 1. 廃止理由の発生日    令和     年     月     日     ・    不明</p> <p>2. 廃止内容</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 死亡</li> <li><input type="checkbox"/> 市外転出</li> <li><input type="checkbox"/> 施設入所   （施設名：                        ）</li> <li><input type="checkbox"/> 入院         （病院名：                    ）</li> <li><input type="checkbox"/> 要件非該当（内容：                    ）</li> </ul>                                                                                 |        |        |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |