

「大牟田市災害時要配慮者名簿」の登録届出書

大牟田市長 様

私は、下記に該当するため「災害時要配慮者名簿」への登録を**希望**し、平常時から登録内容を**避難支援等関係者**(※1)に**提供**することに**同意**します。

(※1)大牟田市消防団、大牟田警察署、民生委員・児童委員、大牟田市社会福祉協議会、自主防災組織等

令和 年 月 日

氏名(自署) _____ (代理人) _____

(本人との関係) _____

※以下の口(シ)にチェック(シ)を付けてください

(登録を希望する理由)

- ①要介護認定3～5を受けている ②身体障害者手帳1級・2級を所持している
③療育手帳Aを所持している ④精神障害者保健福祉手帳1級を所持している

上記の①～④に該当しないが、その身体状態に準じ、下記のいずれかに該当する

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 立つことや歩行ができない | <input type="checkbox"/> 物が見えない、見えにくい |
| <input type="checkbox"/> 顔を見ても知人や家族がわからない | <input type="checkbox"/> 音が聞こえない、聞き取りにくい |
| <input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解がむずかしい | <input type="checkbox"/> 危険なことを判断できない |
| <input type="checkbox"/> その他、持病等があり、一人での避難に大きな心配がある | |

★以下の点にご注意ください★

- ☞ 災害発生時において、避難の支援などが必ずなされることを保証するものではありません。
また、避難支援等関係者は法的な責任や義務を負うものではありません。
- ☞ ここに記載している登録内容は、変更の申し出がない限り継続されます。
- ☞ 登録後①～④に該当となった場合も情報の提供に同意したものとして取り扱います。

※裏面は、登録のための必要な情報となりますので、ご記入をお願いします。

下記事項について、ご記入してください。

ふりがな			〒	—
氏名			住所	
生年月日	明治・大正	年 月 日	連絡先	自宅電話番号：
	昭和・平成			携帯電話番号：
	年齢 歳	(※届出日現在)		ファクス番号：
性別	男性 / 女性		血液型	A型 / B型 / AB型 / O型
同居している 家族等の有無	あり / なし		普段服用 している薬	あり () / なし
通院している 医療機関の名称				
利用している 介護・障害支援サービス および事業所の名称				
緊急時の 連絡先	ふりがな		連絡先	住所
	氏名			電話番号(自宅・携帯)
	本人との関係	家族・近所・知人・その他 ()		
避難する際 の避難先	【避難する場所】(公民館や親戚宅や避難所など)			
避難協力者 の 情 報	ふりがな		連絡先	住所
	氏名①			電話番号(自宅・携帯)
	本人との関係	家族・近所・知人・その他 ()		
	ふりがな		連絡先	住所
	氏名②			電話番号(自宅・携帯)
	本人との関係	家族・近所・知人・その他 ()		

提出 問合せ先	〒836-8666 大牟田市有明町2丁目3番地 大牟田市 保健福祉部 福祉課 総務企画担当 電話：0944-85-0470
------------	--