

避難行動要支援者名簿登録情報 変更・抹消 届出書

伊万里市長 様

令和 年 月 日

(届出者) 住所
氏名
登録者との関係 ()
電話番号

私（下記の者）は、避難行動要支援者名簿登録者となっていますが、登録情報に変更・抹消事由が生じたので下記のとおり届け出ます。

登録者の基本情報			
フリガナ 氏名		性別	男 ・ 女
		生年月日	年 月 日
住所	伊万里市		

該当する項目の□に✓をしてください。

<input type="checkbox"/> 登録情報の変更を届け出ます。（変更事項のとおり）
<input type="checkbox"/> 下記の理由のため、登録抹消を届け出ます。 <input type="checkbox"/> 施設入所のため <input type="checkbox"/> 長期入院のため <input type="checkbox"/> 支援の必要がなくなったため <input type="checkbox"/> その他 ()

※ 登録者の死亡、市外転出については、住民基本台帳等を確認することにより、職権にて削除します。（届出書提出不要）

※ 登録抹消後に支援が必要となられた場合は、新たに登録申請をしてください。

【変更事項】

変更する項目にのみ、変更後の内容を記入してください。

（空欄の項目は、前回の登録内容のまま登録します。）

住所	伊万里市 <small>（住民票の住所と異なる場所にお住まいの方は、今現在お住まいの住所を記入してください）</small>					
電話番号	自宅		携帯		FAX	
身体等の状況 該当する全ての□に✓をしてください。	<input type="checkbox"/> 寝たきり		<input type="checkbox"/> 車いす利用		<input type="checkbox"/> 杖利用	
	<input type="checkbox"/> 押し車利用		<input type="checkbox"/> 人工呼吸器使用			
	<input type="checkbox"/> その他 ()					

世帯の状況	<input type="checkbox"/> 家族と一日中同居 <input type="checkbox"/> 日中一人暮らし <input type="checkbox"/> 夜間一人暮らし <input type="checkbox"/> 登録者が自宅にいない日時・曜日が決まっている (滞在場所：) (滞 在 日：) (滞在時間：) <input type="checkbox"/> その他 ()		
かかりつけ病院		電話	
介護サービス事業所		電話	
避難支援の程度	【自力での避難】 <input type="checkbox"/> 自力で避難できるが、避難勧告等の情報を教えてほしい <input type="checkbox"/> 歩行に不安があるので避難時に付き添ってほしい <input type="checkbox"/> 寝たきり等で自力避難が困難なので、避難時に手助けがほしい 【同居者による避難誘導】 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 夜間はできるが昼間は留守のためできない <input type="checkbox"/> できない(一人暮らし、高齢者のみの世帯、障がい者のみの世帯) 【避難時や避難生活時に配慮してもらいたいこと】		
それぞれ該当する全ての□に✓してください。			
()の中の該当する理由に○をしてください。			

緊急連絡先となる家族、親族 ※必ず1人は記入してください。	①	フリガナ	(申請者との関係)	電話	
		氏 名		携帯	
		住 所			
	②	フリガナ	(申請者との関係)	電話	
		氏 名		携帯	
		住 所			
③	フリガナ	(申請者との関係)	電話		
	氏 名		携帯		
	住 所				
避難支援員 ※避難する時に支援してくれる人に了承を得て記入してください。	①	フリガナ	(申請者との関係)	電話	
		氏 名		携帯	
		住 所			
	②	フリガナ	(申請者との関係)	電話	
		氏 名		携帯	
		住 所			
③	フリガナ	(申請者との関係)	電話		
	氏 名		携帯		
	住 所				