

岩国市災害時要援護者(高齢者・障害者)名簿登録申請書

岩国市長 殿

申請者		
フリガナ	申請年月日	
氏名	印	平成 年 月 日
住所	登録者との関係	
電話番号	自宅	携帯

〔同意書〕

私は、災害時に介護関係施設等への避難が必要となるため、岩国市災害時要援護者名簿への登録を申請いたします。

つきましては、住民基本台帳(外国人登録)と照合すること、岩国市が所有する保健福祉情報を活用すること及び個別支援計画作成のため、訪問調査を受けることに同意します。

また、個別支援計画に登録された個人情報が岩国市の関係部署、岩国地区消防組合、現地対策本部、現地対策部、自主防災組織、自治会、社会福祉協議会などの関係機関へ提供されることについても同意します。

名簿登録者		
フリガナ	性別	男・女
氏名	印	登録区分番号 ※番号表から選択
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	自宅電話番号
住所		携帯電話番号

災害時要援護者の登録区分番号表 【介護関係施設等への避難が必要である】 1 身体障害者手帳の保持者 2 療育手帳の保持者 3 精神障害者保健福祉手帳の保持者 4 65歳以上の者 5 市長が特に必要と認めたもの ※5を選んだ場合の理由を詳しく記入してください

岩国市処理欄				
平成 年 月 日				
課長	課長補佐	管理係長	係長	係員
登録担当者				
印				
訪問調整担当者				
印				