

練馬区 避難行動要支援者名簿

登録票（新規・更新）

記載日： 年 月 日

私は、安否確認や避難支援を受けるために、避難行動要支援者名簿への登録を申請します。
 平常時の防災活動に活用するため、登録した個人情報(住所、氏名、生年月日、性別、連絡先、身体状況等)を、情報提供先(民生・児童委員、防災会などの区民防災組織等、地域包括支援センター、消防機関、警察機関)に提供することに、

外部提供に 同意します 外部提供に 同意しません
 必ずどちらかに☑をつけてください

※提供先は選択できません。
 ※情報提供先には、秘密の厳守、目的外利用および第三者への提供の禁止を義務付け、適正に管理します。

ふりがな			性別	生年月日	
氏名 (署名欄)			男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日	
住所	〒 練馬区				
ご本人様の 連絡先	※電話番号は安否確認に必要な情報です。忘れずに記入してください。				
	自宅： ()	携帯： ()	FAX： ()		
緊急 連絡先	ふりがな	本人との ご関係	電話	自宅： ()	携帯： ()
	氏名				

あてはまるものに☑および下線部にご記入ください

支援が 必要な 理由	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（__級） （ <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 下肢・体幹 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 内部障害 <input type="checkbox"/> その他（_____）） <input type="checkbox"/> 要介護認定者（要介護__・要支援__） <input type="checkbox"/> 愛の手帳（__度） <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（__級） <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 難病患者（病名_____） <input type="checkbox"/> その他（_____）			
身体状況	<input type="checkbox"/> つえを使用 <input type="checkbox"/> 車いすを使用 <input type="checkbox"/> 寝たきり	<input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 聞こえない	<input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない	<input type="checkbox"/> 言葉（声）がでない <input type="checkbox"/> 言葉の理解が難しい
暮らしの 状況	<input type="checkbox"/> 同居している親族がいない <input type="checkbox"/> 身近に避難支援をしてくれる人がいない <input type="checkbox"/> 昼間の時間、一人きりになる <input type="checkbox"/> 一人で外出することができない <input type="checkbox"/> 定期的に福祉サービスを利用している（事業所名：_____）			
特記事項 <small>特に伝えたいことがあ れば、ご記入ください</small>	（ 住民票の住所にお住まいで ない場合は、必ず特記事項 に居所をご記入ください。 ）			

登録内容に変更が生じた場合は、更新の手続きをお願いいたします。

代理人署名		本人との ご関係	
-------	--	-------------	--

※本人が「自署できない」「未成年である」などの場合は、代理の方の署名が必要です。
