

# 富士見市避難行動要支援者登録申請書

(あて先) 富士見市長

次のとおり避難行動要支援者の登録を申請します。また下記の記載事項が避難支援を目的として、関係機関（市関係課、町会、民生委員、社会福祉協議会、自主防災組織など）に情報提供されることに同意します。

自力避難が困難で支援を必要とされる方			申請日 令和 年 月 日		
申請者①	フリガナ		性別	生年月日	登録番号 (市役所記入欄)
	氏名		男・女	明・大・昭・平 年 月 日	No.
申請の理由について、該当する項目にチェックしてください(複数可)					
<input type="checkbox"/> ひとり暮らし高齢者 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> 日中ひとり暮らし高齢者 <input type="checkbox"/> 日中高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> 要介護(介護認定2以上) <input type="checkbox"/> 障害者手帳を所持している方 ( <input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害) <input type="checkbox"/> その他 ( )					
申請者②	フリガナ		性別	生年月日	登録番号 (市役所記入欄)
	氏名		男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日	No.
申請の理由について、該当する項目にチェックしてください(複数可)					
<input type="checkbox"/> ひとり暮らし高齢者 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> 日中ひとり暮らし高齢者 <input type="checkbox"/> 日中高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> 要介護(介護認定2以上) <input type="checkbox"/> 障害者手帳を所持している方 ( <input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害) <input type="checkbox"/> その他 ( )					
住所	〒354-	富士見市			
電話番号	( )		FAX番号	( )	
家族構成	本人を含め		人	町会名	

緊急連絡先	フリガナ			申請者との関係	
	氏名				
	住所	〒	-		
	電話	自宅 勤務先		携帯番号	

代筆の場合	フリガナ			申請者との関係	
	氏名				
	住所	〒	-		