

私は自宅で生活しており、災害が発生または発生する恐れのあるときに、自分一人若しくは家族等の介助だけでは避難することが困難であるため、避難行動要支援者台帳への登録を申請します。

また、下記の内容を理解し、避難行動要支援者登録台帳や個別避難計画の写しを避難支援等関係者（勝浦町、行政区、自主防災組織、消防団、警察署、社会福祉協議会、民生委員・児童委員、地域包括支援センター、福祉関係者その他の避難支援等の実施に携わる関係者）に提供することに同意します。

避難行動要支援者は、避難支援等関係者への情報提供に同意することにより、災害発生時における支援を受ける可能性が高まりますが、避難支援者自身や家族などの安全が前提のため、災害時の支援が必ずなされることを保証するものではなく、避難支援者は、法的な責任や義務を負うものではありません。

年 月 日 (本人が署名できないとき)

本人氏名（署名） 代理人氏名 (続柄)

住所	〒			電話	
				携帯	
				FAX	
				メール	
ふりがな 氏名		血液型	性別	生年月日	年 月 日生
		A・B・O・AB	男・女		

災害時に地域の支援を必要とする理由（該当項目全てに○をつけてください）	①介護保険の要介護1以上の者		⑤難病患者		
	②身体障害者（身体障害者手帳1・2級）		⑥高齢者のみの世帯の者（65歳以上）		
	③知的障害者（療育手帳A1・A2）		⑦その他支援が必要である者		
	④精神障害者（精神保健福祉手帳1・2級）		⑧独居（65歳以上の者）		
等級・区分	身体障害者手帳（級）	（ 級）			
	療育手帳（障害の程度）	（ ）			
	精神保健福祉手帳（級）	（ 級）			
	介護認定者（要介護度）	（支1・支2・介1・介2・介3・介4・介5）			
家族構成	人世帯		同居家族等		
緊急時家族等の連絡先 ①	フリガナ				
	氏名				
	住所				
	連絡先	電話番号		携帯番号	
		FAX番号		その他番号	
メールアドレス					
緊急時家族等の連絡先 ②	フリガナ				
	氏名				
	住所				
	連絡先	電話番号		携帯番号	
		FAX番号		その他番号	
メールアドレス					