

昭島市災害時要援護者登録名簿

新規
変更
取消

申請書

(宛先)
昭島市長

申請者	フリガナ		申請年月日
	氏名		平成 年 月 日
	住所	〒 -	登録者との関係

【同意書】

私は、災害時に援護が必要となるため、昭島市災害時要援護者登録名簿への登録を申請します。
つきましては、下記の記載事項が昭島消防署、昭島警察署、昭島市消防団、民生委員、昭島市赤十字奉仕団及び自主防災組織へ情報提供されることを同意いたします。また、登録内容に変更等が生じた場合は、速やかに届け出をいたします。

名簿登録者	フリガナ		性別	男・女
	氏名			
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生(歳)	電話番号 ()	
	住所	〒 -		
	登録区分	()	該当自治会名	

緊急時の連絡先	フリガナ		登録者との関係
	氏名		
	住所	〒 -	電話番号 ()

登録区分番号	登録受付課印	備考		
(1) 65歳以上の一人暮らしの者 (2) 寝たきりの者 (3) 認知症の症状を有する者 (4) 身体障害者手帳の交付を受けている者 (5) 愛の手帳の交付を受けている者 (6) 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者 (7) 治癒が著しく困難な疾病にかかっている者 (8) その他市長が必要と認める者				
	担当	係長	課長	登録番号

記載要領

1. 太枠内を自署で記入してください。
2. 登録区分は「登録区分番号」の番号を記入してください。
3. 「緊急時の連絡先」は、該当者がいない場合は、記入不要です。
4. (新規・変更・取消)については、該当するものを で囲んでください。