

大崎市 避難行動要支援者名簿 登載情報変更届出書

大崎市長 殿

私は、避難行動要支援者名簿の情報を避難支援等関係者へ提供することに同意しています。
大崎市に報告した情報に変更がありましたので届け出ます。
(変更内容について記入してください)

令和 年 月 日

署名 本人氏名： _____ 【代理署名者： _____ (続柄) _____】

住所： _____ 連絡先： _____

提出先(担当課):大崎市役所本庁舎2階 民生部社会福祉課 地域共生社会担当
または 各総合支所 市民福祉課

変更する内容に☑、または変更後の情報を記入してください。

次のものに該当する場合は、☑してください

ア	<input type="checkbox"/> 社会福祉施設等に長期間入所中	<input type="checkbox"/> 長期入院中
	<input type="checkbox"/> その他の理由で、住民票の住所地に住んでいない(理由: _____)	

【避難支援等関係者へ平常時から情報提供する対象から外れます。なお、名簿情報は市に残ります。】

イ	<input type="checkbox"/> アのいずれかに該当すると届け出ていたが、該当しなくなった (現在、住民票の住所地に住んでいる)
---	---

【避難支援等関係者へ平常時から情報提供する対象となり、情報提供が再開されます。】

～本人情報～

連絡先	変更後の情報	現在、使っていない場合、☑してください
電話番号		<input type="checkbox"/>
携帯電話番号		<input type="checkbox"/>
FAX番号		<input type="checkbox"/>
メールアドレス		<input type="checkbox"/>

↓変更がある場合は☑のうえ、再度、あてはまるものにすべて☑してください

○避難時に配慮しなくてはならない事項(あてはまるものにすべて☑してください)			
<input type="checkbox"/> 立つことや歩行ができない	<input type="checkbox"/> 自力で立つことや歩行が難しい		
<input type="checkbox"/> 音が聞こえない(聞き取りにくい)	<input type="checkbox"/> 物が見えにくい		
<input type="checkbox"/> 危険なことを判断できない	<input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解が難しい		
<input type="checkbox"/> 顔を見ても知人や家族とわからない	<input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯		
<input type="checkbox"/> ひとり暮らし			
<input type="checkbox"/> その他(_____)			
○常時使用する装備・器具			
<input type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 酸素濃縮器	<input type="checkbox"/> 痰吸引機	<input type="checkbox"/> 車椅子
<input type="checkbox"/> その他(_____)			

～緊急連絡先情報～

○ 変更する対象者について記入してください。

フリガナ		続柄	
氏名			

変更内容	<input type="checkbox"/> 登録内容変更	<input type="checkbox"/> 登録者削除	<input type="checkbox"/> 新規登録者
------	---------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

「登録内容変更」「新規登録者」の場合は、以下の該当する項目をお答えください。

項目名	変更後（または新規登録者）の情報		
住所	〒 -		
同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居	
連絡優先順位	<input type="checkbox"/> 優先1	<input type="checkbox"/> 優先2	<input type="checkbox"/> 優先3
連絡先	変更後（または新規登録者）の情報	現在、使っていない場合、 <input checked="" type="checkbox"/> してください	
電話番号		<input type="checkbox"/>	
携帯電話番号		<input type="checkbox"/>	
メールアドレス		<input type="checkbox"/>	

○ 変更する対象者について記入してください。

フリガナ		続柄	
氏名			

変更内容	<input type="checkbox"/> 登録内容変更	<input type="checkbox"/> 登録者削除	<input type="checkbox"/> 新規登録者
------	---------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

「登録内容変更」「新規登録者」の場合は、以下の該当する項目をお答えください。

項目名	変更後（または新規登録者）の情報		
住所	〒 -		
同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居	
連絡優先順位	<input type="checkbox"/> 優先1	<input type="checkbox"/> 優先2	<input type="checkbox"/> 優先3
連絡先	変更後（または新規登録者）の情報	現在、使っていない場合、 <input checked="" type="checkbox"/> してください	
電話番号		<input type="checkbox"/>	
携帯電話番号		<input type="checkbox"/>	
メールアドレス		<input type="checkbox"/>	

○ 変更する対象者について記入してください。

フリガナ		続柄	
氏名			

変更内容	<input type="checkbox"/> 登録内容変更	<input type="checkbox"/> 登録者削除	<input type="checkbox"/> 新規登録者
------	---------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

「登録内容変更」「新規登録者」の場合は、以下の該当する項目をお答えください。

項目名	変更後（または新規登録者）の情報		
住所	〒 -		
同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居	
連絡優先順位	<input type="checkbox"/> 優先1	<input type="checkbox"/> 優先2	<input type="checkbox"/> 優先3
連絡先	変更後（または新規登録者）の情報	現在、使っていない場合、 <input checked="" type="checkbox"/> してください	
電話番号		<input type="checkbox"/>	
携帯電話番号		<input type="checkbox"/>	
メールアドレス		<input type="checkbox"/>	