

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、警察、消防、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 8 年 4 月 1 日	
申請者①	フリガナ 富士見 太郎	性別 男・女	生年月日 明・大 昭・平 12 年 1 月 1 日
	氏名 富士見 太郎		登録番号 (市役所記入欄) 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 要介護（介護認定2以上） <input type="checkbox"/> 対象となる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"/> 指定難病患者 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
申請者②	フリガナ 富士見 ハナコ	性別 男・女	生年月日 明・大 昭・平 17 年 1 月 1 日
	氏名 富士見 花子		登録番号 (市役所記入欄) 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 checked="" 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"/> 対象となる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"/> 指定難病患者 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
住所	〒 354-0021 富士見市 大字鶴馬1800-1 富士見荘101		
電話番号	049 (252) 0000	メールアドレス	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
FAX番号	049 (252) 0000		
家族構成	本人を含め 2 人	町会名	富士見町会
緊急連絡先	フリガナ 富士見 ジロウ	申請者との関係	弟
	氏名 富士見 次郎		
	住所 〒 999-0000 川越市栄町△-△-△		
電話	自宅 勤務先 049-250-0000	携帯番号	080-1111-0000
代筆の場合	フリガナ ハネサワ ウタコ	申請者との関係	妹
	氏名 羽沢 歌子		
	住所 〒 999-0000 富士見市羽沢△-△-△		

※裏面は記入できる方がいれば、表面の記入例を参考にご記入ください。