

### 避難行動要支援者登録情報変更・消除届出書

海老名市長 殿

- 私は、避難行動要支援者登録の内容に変更がありましたので、届け出いたします。
- 私は、避難行動要支援者登録名簿から消除したいので、届け出いたします。

記入日	平成 年 月 日	連絡先	
本人署名	印	関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他（ ）

1 避難行動要支援者登録内容に変更が生じた場合は、下記事項を記入して下さい。※最新情報に更新します。

フリガナ			
氏名	生年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日 (届出時 歳)
	性別		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所	〒 海老名市		
避難支援等を必要とする事由	<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている者	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
	<input type="checkbox"/> 自立度で一定以上の基準に達した者	<input type="checkbox"/> 日常生活B以上 <input type="checkbox"/> 認知症度Ⅲ以上	
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳を所持する者 (ただし、心臓機能障害又は腎臓機能障害にのみ該当する者は除く。)	総合等級 <input type="checkbox"/> 第1種1級 <input type="checkbox"/> 第1種2級	
	<input type="checkbox"/> 療育手帳を所持する者	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2	
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳を所持する者	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級	
居住実態	<input type="checkbox"/> 自宅で生活 <input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> グループホームに入居中		
世帯状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 家族や保護者と同居 (本人含む _____人)		
連絡先	自宅電話		FAX番号
	携帯電話		メールアドレス ※聴覚障がい者のみ登録
自治会	<input type="checkbox"/> 加入 (自治会名: _____ 自治会) <input type="checkbox"/> 未加入		

特記事項	
------	--

登録番号 (市記入欄)		管理番号 (市記入欄)	
-------------	--	-------------	--