



整理番号

同封の書類を確認の上、必要事項を記入してください。

登録希望の有無にかかわらず、登録希望調査票(兼申請書)は、
令和3年8月末までに提出してください。

お問合せ先
高松市健康福祉局 健康福祉総務課
〒760-8571 高松市番町一丁目8番15号
TEL(087)839-2372
FAX(087)839-2375



(代理記入の場合のみ記入してください。)

代理人氏名

申請者との続柄

1. 登録希望調査欄 (該当するほうに☑を記入してください。)

私は避難行動要支援者名簿への登録を

希望します

登録を希望する方は☑を記入し、以下の
「2.個人情報開示に関する同意欄」及び
「3.申請者記入欄」に必要事項を記入し、提出してください。

希望しません

登録を希望しない方は☑を記入し、この用紙と同封の
「避難行動要支援者名簿への登録を希望しない理由」を
記入して、返信用封筒に入れて提出してください。

2. 個人情報開示に関する同意欄

(あて先) 高松市長

私は、災害発生時のもとより、日ごろから地域での支援が得られるよう、下記記入欄の情報を
自主防災組織及び自治会の役員、民生委員児童委員等の方々に提供することに同意します。

年

月

日

申請者氏名

印

3. 申請者記入欄 (☐のある項目には、該当するほうに☑を記入してください。)

フリガナ					生年月日		
氏名							
住所					世帯人数 (本人含む)	人	
性別	電話番号	<input type="checkbox"/> 携 帯 <input type="checkbox"/> 自 宅 <input type="checkbox"/> 勤務先等	自治会	<input type="checkbox"/> 加 入 (自治会名:) <input type="checkbox"/> 未加入			

身体状況 (該当する番号を3つまで、それ以上ある場合は最も思い当たる番号を3つ記入してください。)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 寝たきり	2 歩行困難	3 足腰等が弱く移動に時間がかかる	4 視覚に障害がある	5 聴覚に障害がある	6 避難の必要性の判断が困難	7 その他 ()
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------	--------	-------------------	------------	------------	----------------	-----------

緊急時における家族等の連絡先 (できるだけ記入してください。)

氏名	続柄	電話番号
(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 携 帯 <input type="checkbox"/> 自 宅 <input type="checkbox"/> 勤務先等

避難支援者 (本人の承諾を得た上で、ご近所にお住まいの方等を2名程記入してください。)

氏名	住所	電話番号
(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 携 帯 <input type="checkbox"/> 自 宅 <input type="checkbox"/> 勤務先等
(1)		
(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 携 帯 <input type="checkbox"/> 自 宅 <input type="checkbox"/> 勤務先等
(2)		