

様式第 3 号（第 8 条関係）

（表）

筑紫野市災害時等要援護者登録内容変更・取消届

届出欄	届出日	令和	年	月	日
<div>（宛先）筑紫野市長</div> <div>私は、筑紫野市災害時等要援護者支援制度の趣旨に同意し、同制度に登録していますが、次のようにしたいので届け出ます。</div> <div><input type="checkbox"/> 登録内容を変更したい<input type="checkbox"/> 登録をとりやめたい</div> <div>本人氏名</div> <div>代理人住所</div> <div>代理人氏名（本人との関係）</div>					

変更欄	
災害時等要援護者	
住所 〒 筑紫野市	行政区 電話 ファクシミリ 電子メールアドレス
ふりがな 氏名	男 ・ 女 年齢 歳 生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 同居家族 （本人含む） 人
心身の状態（あてはまるものに☑をする）	
特記事項（必要な保健・医療・福祉サービス、家族の状況）	
<input type="checkbox"/> 高齢者（75 歳以上） <input type="checkbox"/> 要介護・要支援（ ） <input type="checkbox"/> 認知症（ <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度） <input type="checkbox"/> 身体障がい（ <input type="checkbox"/> 肢体， <input type="checkbox"/> 視覚， <input type="checkbox"/> 聴覚， <input type="checkbox"/> その他） <input type="checkbox"/> 知的障がい（ ） <input type="checkbox"/> 精神障がい（ 級）	<input type="checkbox"/> 1 人で歩けない <input type="checkbox"/> 車いすを使用 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 服用している薬 がある
<input type="checkbox"/> その他（ ）	

担当民生委員・児童委員			
氏名	電話	ファクシミリ	電子メールアドレス

(裏)

緊急時の家族等の連絡先（同居家族の勤務先等や同居以外の家族等の連絡先を記入）

氏名	続柄（ ）	住所
	同居・別居	電話 ファクシミリ 電子メールアドレス
氏名	続柄（ ）	住所
	同居・別居	電話 ファクシミリ 電子メールアドレス
氏名	続柄（ ）	住所
	同居・別居	電話 ファクシミリ 電子メールアドレス

支援者
＊この欄へ記入するに当たっては、同意が必要です。支援者に同意を得た上で記入してください。

氏名	要援護者との関係	住所 電話 ファクシミリ 電子メールアドレス
氏名	要援護者との関係	住所 電話 ファクシミリ 電子メールアドレス
氏名	要援護者との関係	住所 電話 ファクシミリ 電子メールアドレス