

④医療機関 (かかりつけ) *任意でご記入ください	名称			
	所在			
	電話番号			
⑤利用しているサービス 事業所等	事業所名		連絡先	
	事業所名		連絡先	
	事業所名		連絡先	
⑥緊急連絡先		第1連絡先		第2連絡先
	ふりがな		ふりがな	
	氏名		氏名	
	住所		住所	
	本人との関係		本人との関係	
	電話番号		電話番号	
⑦その他 留意事項				

平常時から申請者名簿を支援等関係者（見守り協力員、地域自治組織関係者、自主防災組織、民生委員・児童委員、社会福祉協議会、介護・福祉サービス事業所等）に提供することに

同意します

令和 年 月 日

氏名

*自署してください

(代理人の場合)

*自署してください

氏名

(本人との関係)

災害の状況により、避難等の支援が行えない場合があります。ご了承ください。

※この台帳は、町が保管します。台帳に記載された情報は、災害発生時に地域の支援により生命等の安全を図るために活用するものであり、個人情報の保護に関する法律と野木町個人情報保護条例の定めにより、厳重に管理いたします。

※町使用欄

民生委員	氏名		協力員（1）	氏名	
	連絡先			連絡先	
協力員（2）	氏名		協力員（3）	氏名	
	連絡先			連絡先	