

(様式第 4 号)

平成 年 月 日

軽米町災害時要援護者台帳登録変更（取消）届出書

軽米町長 様

私は、災害時要援護者台帳に登録した内容について、下記のとおり変更・取消を申請します。

届出者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

要援護者との関係 \_\_\_\_\_

記

|                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                      |               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 要援護者                                                                                                                            | 住所                                                                                                                                                                                                                   | 軽米町大字 第 地割 番地 |
|                                                                                                                                 | 氏名                                                                                                                                                                                                                   |               |
|                                                                                                                                 | 生年月日                                                                                                                                                                                                                 | 年 月 日         |
| 対象区分                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 要介護 3 以上（介護度： ケアマネジャー： ）<br><input type="checkbox"/> 身体障害者 1・2 級（ 種 級）<br><input type="checkbox"/> 65 歳以上のひとり暮らし<br><input type="checkbox"/> 災害時援護を必要とする者（知的障害者、精神障害者、難病患者、乳幼児、妊産婦、外国人、その他） |               |
| 変更・取消理由及びその内容                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                      |               |
| <input type="checkbox"/> 取消<br>理由 <input type="checkbox"/> 転出のため <input type="checkbox"/> 死亡のため <input type="checkbox"/> その他（ ） |                                                                                                                                                                                                                      |               |
| <input type="checkbox"/> 変更（本人に関すること、緊急時の連絡先、避難支援者等）                                                                            |                                                                                                                                                                                                                      |               |