

重度障害者等の情報の登録申込書

島 本 町 長 様

重度障害者等として地域の支援を希望するので、登録を申し込みます。

登録した個人情報、島本町民生委員児童委員協議会及び特に町長が必要と認められた団体に情報提供することを承諾します。

また、登録内容について住民基本台帳（外国人の方の場合は、外国人登録）と照会することについても承諾します。

住 所 電話番号・FAX	
ふりがな 本人氏名 性 別	男 女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生（ ）歳
申込理由	* 災害時に地域の支援が必要な理由を記入してください。
緊急時の連絡先 * 必ず相手方の 同意を得てくだ さい。	ふりがな 氏 名 続 柄 住 所 電話番号
かかりつけの 医院・病院名	病医院名 住 所 電話番号
手続代行者 * 本人以外の人 が手続した場合 は記入してくだ さい。	ふりがな 氏 名 続 柄 住 所 電話番号

* この情報については、目的外利用はいたしません。