

避難情報の提供に係る登録申請書

以下のとおり、避難情報の提供を希望します。

(□の該当するものにチェックを付けてください。)

※ 裏面の1～5の□にすべてチェックがついた方が申請の対象となります。(北九州市内に在住している方のみ)

	記入日	年 月 日
氏 名		
住 所	区	

電話番号		
登録する電話番号 (※視覚障害者の方)	<input type="checkbox"/> 上記の電話番号と同じ	
登録するFAX番号 (※聴覚障害者の方)	<input type="checkbox"/> 上記の電話番号と同じ	

※ 個人情報は、本申請の目的以外には使用しません。

(裏面に続く)

【視覚障害の方】

登録の要件	1	<input type="checkbox"/> 障害等級が1・2級である（※個別等級）
	2	<input type="checkbox"/> ひとり暮らしである（同居者が仕事等の理由で単身となる場合は、ひとり暮らしとみなします。）
		<input type="checkbox"/> 視覚又は聴覚障害者のみからなる世帯である
	3	<input type="checkbox"/> 携帯電話を持っていない
	4	<input type="checkbox"/> 自宅に固定電話がある
	5	<input type="checkbox"/> 病院や社会福祉施設等に入院・入所していない

【聴覚障害の方】

登録の要件	1	<input type="checkbox"/> 障害等級が2級である（※個別等級）
	2	<input type="checkbox"/> ひとり暮らしである（同居者が仕事等の理由で単身となる場合は、ひとり暮らしとみなします。）
		<input type="checkbox"/> 視覚又は聴覚障害者のみからなる世帯である
	3	<input type="checkbox"/> 携帯電話を持っていない
	4	<input type="checkbox"/> 自宅にFAX電話がある
	5	<input type="checkbox"/> 病院や社会福祉施設等に入院・入所していない