

受付番号					
要配慮者	氏 名			受付避難所名	
	住 所			自宅の被害状況	☐ 被害なし（自主避難） ☐ 全壊 ☐ 半壊 ☐ 一部損壊 ☐ その他（ ）
	連絡先	TEL：			
一緒に宿泊する者		氏 名	生年月日（年齢）		要配慮者との関係
		①	年 月 日 歳		
		②	年 月 日 歳		
		③	年 月 日 歳		
		④	年 月 日 歳		
		⑤	年 月 日 歳		
		⑥	年 月 日 歳		
		宿泊人数（要配慮者を含む）：			
要件確認 （持参書類チェック）		高齢者（65 歳以上）	☐ 自動車運転免許証又は健康保険証		
		障がい（児）者	☐ 身体障害（児）者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保険福祉手帳		
			妊婦	☐ 母子健康手帳	
		乳幼児	☐ 乳幼児医療証		
連 絡 者	氏 名	（要配慮者との関係： ）			
	住 所				
	連 絡 先	携帯電話： — — 自宅： —			
備 考		（自宅の被害状況の補足説明、同泊者の記載欄が不足する場合等）			
確認者 （米沢市職員）		課名：		受付者：	