

(様式3)

災害時要援護者台帳登録抹消届出書

令和 年 月 日

(あて先) 宇 都 宮 市 長

下記の理由により、災害時要援護者台帳への登録を抹消したいので、届出します。

台帳登録者		▼太枠内を御記入ください。	
フリガナ		性別	生 年 月 日 (歳)
氏名	印	男・女	明・大・昭・平 年 月 日
住所	〒 _____ _____ 市	地区 (39地区)	
	電話番号 _____	地区	
抹消事由	<input type="checkbox"/> 市外転出 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%; margin-top: 10px;"></div>		

【代理提出】 ※登録者御本人以外が提出する場合は、以下の欄も記入してください。

氏 名	
登録者との関係	
住 所 連 絡 先	電話番号 _____

【お問合せ先】
〒320-8540 宇都宮市旭 1-1-5 宇都宮市役所 保健福祉部
保健福祉総務課 028-632-2919 高齢福祉課 028-632-2356 障がい福祉課 028-632-2673