様式第３号（第７条関係）

　　　　年　　月　　日

稲敷市長　様

（登録者）

氏名（署名）　　　　　　　　　　　　　　　㊞

※自署の場合は，押印する必要はありません。

（代理人）

氏名

（登録者との関係　　　　　　　　　　　）

連絡先

稲敷市避難行動要支援者名簿登録抹消届

　私は稲敷市避難行動要支援者名簿の登録を抹消したいので，届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日  年齢 | 年　　月　　日  （　　　歳） |
| 氏名 |  |
| 性別 | 男　・　女 |
| 住所 | 〒　　　－  稲敷市 | | |
| 登録抹消の理由 | □市外への転出　□登録者の死亡　□施設・病院等への長期入所・入院　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |

　（注）　この届出を提出する際には，事前に名簿登録を抹消する旨を，登録者本人

又は代理人が，避難支援者に連絡してください。

※処理欄

|  |  |
| --- | --- |
| 廃止 | 年　　月　　日 |
| 入力 | 年　　月　　日 |