

避難行動要支援者名簿登録同意確認書

岩沼市長 殿

行政区			
フリガナ			
氏名			
生年月日		性別	
住所	岩沼市		

避難行動要支援者は、支援関係者（町内会・自治会、自主防災組織、民生委員・児童委員など）への情報提供に同意することにより、支援関係者と相談するなどして選んだ避難支援者から、災害発生時における避難行動の際の支援を受ける可能性が高まりますが、避難支援者自身や家族などの安全が前提のため、同意によって、災害時の避難行動の支援が必ずなされることを保証するものではありません。

また、避難支援者は、法的な責任や義務を負うものではありません。

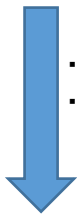
なお、支援関係者は、提供を受けた個人情報を避難支援の目的のみに使用します。

私は、上記の内容を理解し、災害対策基本法に基づき岩沼市が作成する避難行動要支援者名簿に記載する情報（氏名、住所、生年月日、性別、要介護や障害者手帳の種別・級等）を支援関係者へ提供することについて、

◎避難支援を希望する方は、**同意するにチェック☑**をしてください。

(※車の運転ができる方、一人で歩ける方などは、同意不要です。)

同意します



- ・下欄への署名
 - ・裏面の記入
- をお願いします

記入日	令和 年 月 日	※同意者本人の承認があれば代筆可としますが、下欄に代理人の記入が必要となります。	
本人署名 (同意者)			
上記、本人署名は、同意者本人から承諾を得て私が記入しました。			
代理人	フリガナ		本人との 続柄 (<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居)
	氏名		
	住所		
	電話番号		

同意される方は、裏面も御記入ください。

1 町内会・自治会等への加入状況

どちらかにチェック☑をしてください。（加入している場合は、町内会等名も記入※）

- 加入している 加入していない

↳【町内会等の名前： _____】

※ 加入している方は、町内会等の名前を必ず記入してください。
わからないと名簿に登録できません。
参考までに、あなた様がお住まいの行政区にあるのは、『 _____ 』
です。

2 御本人連絡先 連絡先を少なくとも1つは御記入ください

自宅電話		携帯電話	
メールアドレス		F A X	

3 支援を必要とする理由（あなた様にこの通知をお送りした理由）

あなた様が、支援を必要とする理由は■の区分・項目です。（令和 年 月 日時点）

区 分	項 目
<input type="checkbox"/> 障害者	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1級 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳2級
	<input type="checkbox"/> 療育手帳A
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳1級 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳2級
<input type="checkbox"/> 要介護認定者	<input type="checkbox"/> 要介護認定3 <input type="checkbox"/> 要介護認定4 <input type="checkbox"/> 要介護認定5
<input type="checkbox"/> 高齢者	<input type="checkbox"/> 75歳以上の高齢者で、一人暮らしの方や高齢者のみの世帯の方
	<input type="checkbox"/> 家族の勤めなどにより日中（夜間）の長い時間にわたり一人暮らしの状態になる方
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 難病患者（指定難病・特定疾病など）の方 [病名等：]

4 家族等の連絡先

こちらに連絡先を記載する方の承諾を得てから、記入をしてください。

<input type="checkbox"/> 表面の代理人と同一の場合は、こちらにチェックをしてください。 ※その場合、本欄の記入は省略できます。			
フリガナ		本人との	
氏 名		続 柄	(<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居)
住 所			
電話番号			

回答は終了です。御協力ありがとうございました。