

フリガナ			
氏名			
生年月日		性別	男 ・ 女
住所			
避難支援等を必要とする事由 (該当する番号に○をする)	1 介護保険の要支援・要介護の認定を受けている方 2 手帳をお持ちの方(身体、療育、精神) 3 難病患者(障害者総合支援法による市の障がい福祉サービス等を受けられている方) 4 高齢者(75歳以上)のみの世帯の方 5 その他災害時に支援が必要で自ら名簿の登録を希望する方など ( )		
電話番号または緊急連絡先		ファックス番号	
自治会名			

ちいき ひなんしえんしゃ じょうほうていきょう どうい さいがいはっせいじ ひなんこうどう さい  
地域の避難支援者への情報提供に同意することにより、災害発生時における避難行動の際  
に支援を受ける可能性は高まりますが、避難支援者自身やその家族などの安全が前提のため、  
同意したからといって、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、地域の避難支援者は、法的な責任や義務を負うものではありません。  
私は、上記の内容を理解し、避難の支援、安否の確認、その他の生命又は身体を災害から  
保護を受けるために、上記の個人情報、自治会・自主防災組織、民生・児童委員、地区福祉委員、  
消防本部・消防団、市社会福祉協議会などに提供(名簿の提供先を選択することはできません。)することに、

どうい 同意します
  どうい 同意しません

平成 年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_

【代理署名】本人が署名できない場合

フリガナ		続柄	
氏名			
住所	〒 -	電話番号	

※同意の意思について、変更の申出がない限り自動継続とします。