

避難行動要支援者情報提供 同意申請書

フリガナ 氏名		性別	男 ・ 女		
		生年月日	大・昭・平	年	月
住 所	〒 下妻市	電話番号			
		携帯電話番号			
		FAX 番号			
		メールアドレス			
所属する 自治区	() ・ 未加入				
避難時に配慮 しなくてはならない 事項	<input type="checkbox"/> 立つことや歩行ができない		<input type="checkbox"/> 音が聞こえない (聞き取りにくい)		
	<input type="checkbox"/> 物が見えない(見えにくい)		<input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解が難しい		
支援レベル	<input type="checkbox"/> 危険なことを判断できない		<input type="checkbox"/> 顔を見ても知人や家族とわからない		
	<input type="checkbox"/> その他 ()				
避難支援が可能 な親族等の有無	<input type="checkbox"/> 避難に医療的な処置が必要な専門性を要する (自力で動けない)		<input type="checkbox"/> 声かけと、車いすや手引き等の手助けをうけて避難ができる (自力で動けるが一部介助が必要)		
	<input type="checkbox"/> 声かけで、杖などで自力歩行による避難ができる (自力で動ける)				
避難支援が可能 な親族等の有無		<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 市内にいる <input type="checkbox"/> 市外にいる <input type="checkbox"/> いない 関係 ()			
緊急連絡先 ①	フリガナ				
	氏名 (団体名)				
	住所				
	連絡先	電話番号		携帯電話	
		メールアドレス			
その他					
緊急連絡先 ②	フリガナ				
	氏名 (団体名)				
	住所				
	連絡先	電話番号		携帯電話	
		メールアドレス			
その他					

避難行動要支援者 (支援を受ける方) は、平時から避難支援等関係者 (民生委員・児童委員、自治区、自主防災組織、下妻市社会福祉協議会、消防機関、警察機関、福祉事業者等) への情報提供に同意することにより、避難支援者から災害発生時に避難行動の支援をうける可能性が高まります。(避難支援者自身や家族等の安全が前提となるため、この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なく、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。)

私は上記の内容を理解し、平時から避難支援者など情報を関係者へ提供する事について、裏面に記載の注意事項を確認した上で (次のいずれかに☑をお願いします)

同意します 同意しません

1年以上継続して施設入所中または入院中(施設等名)

氏名 _____

令和 年 月 日 保護者又は代理人氏名 _____ 続柄 _____

【申請にあたっての注意事項】

- ① 避難支援等関係者へ提供する情報（名簿）は、「氏名」「生年月日」「性別」「郵便番号」「住所」「電話番号」「支援レベル」です。
- ② この名簿は、ご自宅など、在宅で生活をされている方を対象としています。
施設管理者等が常駐している病院・介護施設などに長期入院中・施設入所中の方については、各施設の避難計画に基づく避難となり本調査の対象となりませんのでご注意ください。
- ③ 名簿登録中に病院・介護施設などに長期入院・施設入所された場合は、お知らせください。
また、本市においても名簿登録中の長期入院や施設入院、市外への転出等を確認した場合は、名簿から外させていただきますのでご理解ください。
- ④ 名簿登録中に市内転居をされた方については、本市で住民票の異動を確認次第、新たな住所等に名簿の情報を修正・変更し、制度については継続利用になります。
(個人情報等についても、新住所を担当する支援者に引き継がれます)
- ⑤ 登録後、支援者が訪問調査等を行うほか、市の職員が電話等をさせていただくことがあります。
あらかじめご了承ください。
- ⑥ キャッシュカードや金銭の内容で電話をすることはありません。

【提出・問合せ先】

下妻市役所 〒304-8501 下妻市本城町三丁目13番地 ☎0296-43-2111 (代表)

地域での防災に関すること	高齢者への支援に関すること	障害者の支援に関すること
消防防災課	長寿支援課	福祉課