

避難行動要支援者名簿情報提供同意書

この同意書の「同意します」に印を付けることにより、裏面に記載するあなたの個人情報を下記の避難支援等関係者に提供します。

避難支援等関係者に関する裏面の情報を提供することにより、平常時（災害でないとき）から裏面の情報を避難支援等関係者で共有します。災害が起こったときには、日頃から共有している裏面の情報を利用して、避難支援等関係者にあなたの避難行動を支援してもらえる可能性が高まります。しかし、避難支援等関係者自身や家族などの安全が前提のため、同意をいただいたとしても、災害が起こったときに、避難支援等関係者により、必ずあなたの避難行動の支援がされるということではありません。同意をされた場合も、それぞれのご家庭で災害に対して備えておくことが大切です。

【あなたに関する裏面の情報を提供する提供先（避難支援等関係者）】

- 1 枚方寝屋川消防組合 全地域の方の情報を提供します。
- 2 自主防災組織 各種防災組織に、担当する地域の方の情報を提供します。
- 3 民生委員児童委員協議会 各民生委員に、担当する地域の方の情報を提供します。

上記の避難支援等関係者に裏面の私の情報を提供することに、

同意します

- ※ 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。
- ※ 避難支援等関係者は、名簿を利用して日常からの見守り・声かけ活動や、災害時の支援体制づくりを行うことがありますので、その際はご協力ください。

同意しません

参考までに同意しない理由について教えてください。

- 1 施設入所、長期入院であるため。
- 2 自力若しくは同居者及び近所の方等の支援で避難できる。
- 3 その他

※ ご状況に変更があった場合等は、お手数ですが、寝屋川危機管理部防災課までご連絡ください。

本人署名欄

年 月 日 氏 名

◆ 本人が直筆できない場合又は未成年の場合は、代理の方の署名をお願いします。

代理人氏名

（【本人との続柄】）

代理人住所

連絡先

太枠内の記入をお願いします。同意される方は、裏面の記入をお願いします。

同意される方は、太枠内情報の記入をお願いします。

ふりがな			
氏名			
生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日	性別
住所			
電話番号 (※代理の方でも可能)		FAX番号 (※代理の方でも可能)	
携帯電話番号 (※代理の方でも可能)		※代理の方の番号 記載の場合、代理人 の氏名及び登録者 との関係	【代理人氏名】 【登録者との関係】
同居人の有無	<input type="checkbox"/> あり (人) <input type="checkbox"/> なし		
避難支援等を 必要とする事由 (あてはまる口に ✓をつけてくださ い)	<input checked="" type="checkbox"/> 要介護認定を受けている方 <input type="checkbox"/> 介護保険制度により要介護3・4・5と認定されている <hr/> <input checked="" type="checkbox"/> 障害者手帳をお持ちの方 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の該当内容 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚・言語障害 <input type="checkbox"/> 内部障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <hr/> <input type="checkbox"/> その他 ()		
支援区分 (右のA～Cのいずれかを○で囲んでください。)	A B C		
支援区分の説明 A・・・自力で動けない方 (例) 車いすなどのため、避難に介助が必要 B・・・自力で動けるが、歩行に不安がある方 (例) 足腰が弱く、あるいは身体が虚弱で、避難所まで同行が必要 C・・・自力で動けるが、情報入手や避難判断に不安がある。 (例) 自力で避難可能と思われるが、一人暮らしなどのため安否確認・声かけが必要			