

庄内町避難行動要支援者名簿情報の外部提供同意書（兼登録申請）

災害時に自分で避難が困難な方で、名簿の外部提供に同意できる方は、提出してください。

記入日： 令和 年 月 日

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。

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うけるために、同意書に記入した情報を避難支援等関係者（自治会、自主防災会、民生委員児童委員、社会福祉協議会、消防機関、警察機関、地域包括支援センター）に提供することに、

同意します 提出する際は、必ず をつけてください

フリガナ		生年月日	年 月 日	性別
氏 名		(年齢)	(歳)	男・女
集落等名		地区名		
住所又は居所	〒 庄内町			
自宅電話番号	—	携帯電話		
FAX 番号	—	番号		
緊急時の連絡先	氏 名		続柄	
	自宅電話番号		携帯電話番号	
避難支援等を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 高齢者【75歳以上の単身高齢者及び75歳以上の高齢者のみの世帯】			
	<input type="checkbox"/> 重度身体障がい者【身体障害者手帳1級又は2級所持者】			
	<input type="checkbox"/> 重度身体障がい者【療育手帳A所持者】			
	<input type="checkbox"/> 重度身体障がい者【精神障害者保健福祉手帳1又は2級所持者】			
	<input type="checkbox"/> 要介護認定者【要介護度3以上の認定者】			
	<input type="checkbox"/> 難病患者（ ）			
	<input type="checkbox"/> その他、自力で避難することが困難な者（理由を記入） （理由： ）			
自立歩行の状態	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不可			
支援が必要な時間帯	<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 昼間 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
特記事項				

※本人の状態に変更があった場合は、町に申し出てください。また、状態や住所等に変更があった場合、申し出がない限りは、変更になった情報を掲載した名簿を避難支援等関係者に提供します。

※具体的な支援の方法を決めるため、避難支援等関係者が訪問することがあります。

【代理署名者】本人が署名できない場合

フリガナ		続 柄	
氏 名		電話番号	