

様式1

匝瑳市避難行動要支援者名簿の登録申請書及び情報提供同意書

フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和・平成
氏名			年 月 日 歳
性別		住所	
電話番号		FAX番号	
携帯番号		メールアドレス	
避難支援等を必要とする理由 (該当項目に <input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> 要介護認定1以上の方 (認定区分: 要介護) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1・2級を所持している (級) <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 肢体機能障害 <input type="checkbox"/> 療育手帳Aを所持を所持している <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳1級を所持している <input type="checkbox"/> 市の支援を受けている難病患者である <input type="checkbox"/> その他 ()		

※同意いただいた場合は、上記情報を避難支援等関係者に提供し、避難支援プラン(個別支援計画)の作成を行います。
なお、同意の意思について、変更の申し出がない限り自動継続とします。

避難行動要支援者は、避難支援関係者(社会福祉協議会、民生委員・児童委員、自主防災組織、消防機関、警察署のほか、避難支援を行う者)への情報提供に同意することにより、避難支援を行う者から災害発生時における避難行動の際の避難支援を受けることができる可能性が高まりますが、避難支援を行う者自身や家族などの安全が前提のため、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、避難支援を行う者は、法的な責任や義務を負うものではありません。

匝瑳市長 殿

私は、避難行動要支援者登録制度の趣旨に賛同し、上記のとおり登録を申請します。

この申請内容を災害時及び災害に備えた平常時から支援を目的として上記内容(氏名、生年月日、性別、住所、介護・障害区分等の内容、連絡先等)の情報を、匝瑳市地域防災計画に定める避難支援等関係者に提供することに、

同意します

趣旨を十分理解した上で、同意しません

該当するものに

年 月 日 氏名

本人が署名できない場合は、保護者又は代理人が氏名及び本人との関係を記入してください。

保護者又は代理人 本人との関係 ()