

避難支援者への情報提供同意書

フリガナ			
氏名			
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	性別	男 ・ 女
住所	千早赤阪村大字		
避難支援等を必要とする事由	<input type="checkbox"/> 介護保険の認定を受けている <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> ひとり暮らしの高齢者（65歳以上） <input type="checkbox"/> 高齢者（70歳以上）のみの世帯 <input type="checkbox"/> その他（支援理由： _____） 【本人・家族の要望事項】		
電話番号		FAX番号	
携帯電話番号		メールアドレス	

避難行動要支援者は、避難支援者への情報提供に同意することにより、避難支援者（地域等）から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。

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、上記内容（氏名、生年月日、性別、住所、避難支援等を必要とする理由、連絡先等）を、千早赤阪村地域防災計画に定める避難支援等関係者（民生委員児童委員、各地区、自主防災組織、消防署、警察署、社会福祉協議会等）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

（理由： 家族等の避難支援有 自力避難可）

年 月 日 氏名 _____

代理人署名欄・続柄 _____

※本人が「自書できない」「未成年である」などの場合は、代理人の署名が必要です。

※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。

※避難行動要支援者情報を作成するため、避難支援等関係者が訪問調査を行いますので、その際は御協力ください。