

羽生市避難行動要支援者名簿情報提供意思確認書

(宛先) 羽生市長

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に支援を受ける可能性は高まりますが、避難支援者自身やその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。

私は、上記の内容と羽生市避難行動要支援者名簿活用制度の趣旨を十分に理解し、私が提出した以下の事項や羽生市避難行動要支援者名簿に記載され、又は記録された私の名簿情報を市が、関係課、自主防災組織、自治会、民生委員児童委員、社会福祉協議会、県警察その他の避難支援等関係者に対して平常時から提供し、情報を共有することについて、
 同意します。 同意しません。

記入日 年 月 日

避難行動要支援者本人 署名 _____ (印)

(代筆の場合のみ)

住所 _____ 本人との関係

代筆者 氏名 _____ (印) []

連絡先 _____

※上記に不同意の場合、以降を記入いただく必要はございません。

住所	〒 羽生市			
ふりがな		性別		血液型
氏名				
生年月日及び年齢	年 月 日 満 歳			
世帯主名				
電話番号		FAX番号		
登録理由	<input type="checkbox"/> ひとり暮らしの75歳以上の高齢者 <input type="checkbox"/> 75歳以上の高齢者のみの世帯に属する者 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(1~3級)を所持 <input type="checkbox"/> 療育手帳(Ⓐ~B)を所持 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳(1・2級)を所持 <input type="checkbox"/> 介護保険 要介護認定3~5 <input type="checkbox"/> その他(理由 _____) ※病院や施設へ長期間入院、入所中の方は避難行動要支援者の対象とはなりません。			

(裏面も記入をお願いします。)

【緊急連絡先】 ※緊急時に連絡の取れる親族等の方がいる場合は記入してください。			
氏名		登録者との関係	
住所		電話番号	
氏名		登録者との関係	
住所		電話番号	

【避難支援者】 ※避難支援者からの同意を得て記入してください。			
氏名		電話番号①	
住所		電話番号②	
氏名		電話番号①	
住所		電話番号②	

避難時に配慮が必要な事項 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 立つことや歩行ができない → <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす(介助なし) <input type="checkbox"/> 車いす(介助あり)		
	<input type="checkbox"/> 音が聞こえない(聞こえにくい) → <input type="checkbox"/> 大きな声であれば会話できる <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> その他()		
	<input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解が難しい <input type="checkbox"/> 物が見えない(見えにくい) <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()		
階段の昇り降りに必要なもの (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 人の支え <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 杖など <input type="checkbox"/> 何も必要ない <input type="checkbox"/> その他()		
避難場所		指定避難所	
加入自治会名		担当民生委員 氏名	

【特記事項】 ※かかりつけの医療機関、身体的状況、現在受けている治療等災害時に知っておいてほしい事項があれば記入してください。

市役所使用欄 (※ここには記入しないでください)			
同意番号			
提出年月日		事由	
提出方法：郵送・窓口	窓口の場合 提出者：本人・家族・民生委員・他()		
(備考)			