

避難行動要支援者 同意申請書

フリガナ			
氏名			
生年月日		性別	
住所			
避難支援等を必要とする事由	<input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 介護保険認定 <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 難病患者 ( ) <input type="checkbox"/> 透析患者 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 特記事項 ( )		
電話番号		FAX番号	
携帯電話番号		メールアドレス	

支援レベル	<input type="checkbox"/> 軽度（自力で動ける） <input type="checkbox"/> 重度（自力では動けない）			<input type="checkbox"/> 中度（自力で動けるが不安）		
避難時に配慮しなくてはならない事項	<input type="checkbox"/> 立つことや歩行ができない <input type="checkbox"/> 物が見えない(見えにくい) <input type="checkbox"/> 危険なことが判断できない <input type="checkbox"/> その他 ( )			<input type="checkbox"/> 音が聞こえない（聞き取りにくい） <input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解が難しい <input type="checkbox"/> 顔を見ても知人や家族とわからない		
同居家族等						
緊急時連絡先 ①	フリガナ					
	氏名(団体名)					
	住所					
	連絡先	電話番号1		電話番号2		
		メールアドレス				
その他						
緊急時連絡先 ②	フリガナ					
	氏名(団体名)					
	住所					
	連絡先	電話番号1		電話番号2		
		メールアドレス				
その他						

※同意いただいた場合、上記情報を避難支援関係者に提供します。

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受けるために上記内容（氏名、生年月日、性別、障害種別等の内容、連絡先等）及び障害名や病名等を、横芝光町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

同意するかしないかを判断するために、市町村からの詳細な説明を求めます

平成 年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_

※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させていただきます。