

避難行動要支援者名簿の情報提供に関する同意書

知立市長 様

私は、災害対策基本法に基づき知立市が作成する避難行動要支援者名簿を避難支援等関係者へ提供することに、

同意します。

同意しません。

令和 年 月 日

氏名

※今回通知を送った方が対象です

ご本人、緊急連絡先、避難支援者に関する情報や配慮が必要なことについて記入してください。

町内会	入会している ・ 入会していない ・ わからない	町内会名	
フリガナ			
氏名			
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
住所	知立市		
避難支援等を必要とする事由	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし高齢者として市に登録されている <input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている 要介護認定区分： <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳を所持している 障害名() 等級:()級 <input type="checkbox"/> 療育手帳を所持している 判定:()判定 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳を所持している 等級:()級 <input type="checkbox"/> 特定医療費(指定難病)受給者証を所持しており、自ら避難することが困難 <input type="checkbox"/> その他(理由:)		
電話番号		FAX番号	
携帯電話番号		メールアドレス	
緊急連絡先1	住所 氏名	続柄等()	TEL
緊急連絡先2	住所 氏名	続柄等()	TEL

「避難支援者」とは、近隣にお住まいの人であって災害時の避難支援を行っていただける人で、直接本人または本人の家族等から依頼を受け、避難支援者として登録することに了承した人をいいます。

避難支援者	住所	
	氏名	TEL

【特記事項】

--