

避難行動要支援者名簿への登載 兼
避難支援関係者への情報提供の同意書

市記入欄	行政区コード	行政区名	個人番号
------	--------	------	------

フリガナ	オオサキ タロウ	生年月日	昭和○年○月○日 (名簿では年齢を開示します)
氏 名	大崎 太郎		
住 所	〒989-0000 大崎市古川0000		
本人連絡先	電話番号	0229-00-0000	FAX 番号 0229-00-0000
	携帯電話番号	000-0000-0000	同居家族数 1 人
	メールアドレス	osaki_tarou@x×ne.jp	
避難時に配慮 しなくては ならない事項 (該当する項目 にチェックを してください)	☒ 立つことや歩行ができない ☐ 自力で立つことや歩行が難しい ☐ 音が聞こえない(聞取りにくい) ☐ 物がみえにくい ☐ 危険なことを判断できない ☐ 言葉や文字の理解が難しい ☐ 顔をみても知人や家族とわからない ☒ 高齢者のみ世帯 ☐ ひとり暮らし ☐ その他()		
常時使用する 装具・器具	☐ 人工呼吸器 ☐ 酸素濃縮器 ☐ 痰吸引器 ☒ 車椅子 ☐ その他()		

※以上の情報を開示します

避難行動要支援者は、避難支援関係者への情報提供に同意することにより、地域の避難支援関係者から災害発生時における避難行動の際の支援を受けられる可能性が高まりますが、大規模災害発生時には、支援が遅れる場合があることをご理解ください。

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受けるために、避難行動要支援者名簿に登載することと、上記内容と裏面の緊急時や災害時の連絡先を、大崎市地域防災計画に定める避難支援関係者(民生委員、行政区長、自主防災会長、警察署、消防署、社会福祉協議会、福祉避難所協定締結施設等)へ提供することに同意します。

令和 ○年 ○月 ○日

大崎市長 殿

氏 名 大崎 太郎

代理署名者 大崎 花子 (続柄 妻)

