

避難行動要支援者名簿外部提供同意書

フリガナ	イナザワ タロウ		
氏名	稲沢 太郎		
生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	〇〇年 ××月 △△日	性別 男・女
住所	稲沢市 〇〇町〇〇番地 △△アパート×××		
避難支援等を必要とする事由	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳所持者（1、2級） ※ 障害の種類（ <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input checked="" type="checkbox"/> 腎臓（要透析） <input type="checkbox"/> 左記以外の障害） <input type="checkbox"/> 療育手帳所持者（A判定） <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳所持者（1級） <input type="checkbox"/> 要介護認定者（要介護3以上） <input type="checkbox"/> 75歳以上の高齢者のみで構成される2人以上 <input type="checkbox"/> 65歳以上のひとり暮らし高齢者 <input type="checkbox"/> その他（ 【特記事項】（避難時に配慮してほしいこと、特に知っておいてほしいこと等）		
電話番号	□□□□ (〇〇) ××××	FAX 番号	□□□□ (〇〇) △△△△
携帯電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
メールアドレス	××××××××××××××		

該当する項目に「レ」を入れて下さい。（該当するもの全て）

身体障害者の場合に、該当する項目に「レ」を入れて下さい。（該当するもの全て）

私は、災害発生時に地域からの支援が得られるよう、支援に必要な情報を稲沢市地域防災計画に定める避難支援等関係者（消防、警察、民生委員・児童委員、社会福祉協議会、自主防災組織、個別支援者等の避難行動要支援者の避難支援等の実施に携わる関係者）へ事前に情報提供し、受領者間で支援のために利用・共有することに、

- 同意します。
- 同意しません。

稲沢市長 様

令和〇〇年××月△△日 氏名 稲沢 太郎

(代理署名 氏名 稲沢 花子

住所 本人と同じ)

本人の自署が困難な場合は、代理人が記入して下さい。

本人との関係： 妻  
連絡先 本人と同じ

※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します。  
 ※避難行動要支援者情報（個別計画）を作成するため、避難支援等関係者が訪問調査を行う場合がありますので、その際にご協力ください。  
 ※同意によって、災害時に支援が必ずなされることを保証するものではありません。  
 ※自治区や民生委員・地域支援者等の支援者は、法的な責任や義務を負うものではありません。