

名簿掲載希望届兼同意確認書

※太枠内は必須項目です。必ずご記入ください。

恵庭市長 様

1. 私は、災害時における避難支援や安否の確認等のため、市が作成した「避難行動要支援者名簿」に掲載される個人情報及び本書に記載された個人情報を避難支援等関係者（町内会・自治会・自主防災組織、消防機関、警察機関、民生委員、社会福祉協議会）に提供することに同意します。
2. 私は、命にかかわるような安否確認などの必要がある場合に避難支援者が居住内に立ち入ることを承諾し、その際、やむを得ずその住居などの一部を破損しても、修繕、損害賠償などについて一切請求しません。
3. 私は、避難行動要支援者制度に基づく避難支援の実施については、避難支援者自身やその家族の安全が前提であり、この同意によって、災害時の避難支援が必ずなされることが保証されるものではなく、また、避難支援者が法的な責任や義務を負うものではないことを理解しています。

上記3点の内容を理解した上で、平常時から提供される「避難行動要支援者名簿（平常時用）」に個人情報を掲載することを
（※いずれかの□に✓を付けてください）

同意します。

※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。

※避難支援等関係者は、名簿を利用して日常からの見守り・声かけ活動など、災害時の支援体制づくりを行うため、自宅を訪問する場合がありますので、その際にはご協力ください。

同意しません。

長期入院又は施設入所のため対象となりません。

提出日： 年 月 日

住 所：

署 名：

生年月日： 年 月 日

（代理人用記載欄）

代理人住所：

代理人電話番号：

代理人署名：

本人との関係：

◆ 同意いただける方へ・・・裏面の記入をお願いします。

【ここからは、同意いただいた方のみご記入ください。】

ふりがな 氏名	()	性別	男・女	生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
住所	〒 -					
町内会名			同居人の有無	□あり (人) □なし		
本人 連絡先	自宅 電話			FAX		
	携帯 電話			メール アドレス		
自力避難が 困難な理由	状況確認欄（あてはまる□に✓をつけてください） <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1級または2級を所持している。 <input type="checkbox"/> 療育手帳Aを所持している。 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳1級を所持している。 <input type="checkbox"/> 介護保険制度による要介護状態区分が要介護3, 4, 5と認定されている。 <input type="checkbox"/> その他 ()					
ご自身の状況を下記のA～Cから 選択して○で囲んでください			A ・ B ・ C			
A・・・自力で動けない方 （例）車いすなどのため、避難に介助が必要 B・・・歩行に不安がある方 （例）足腰が弱く、あるいは身体が虚弱で、避難所まで同行が必要 C・・・情報入手や避難判断に不安がある方 （例）自力で避難可能だが、安否確認や声かけが必要						
緊急連絡先（名簿掲載及び情報を提供することに同意を得た上でご記入ください。）						
氏名	本人との 関係	住所			連絡先	
留意事項（※支援活動を円滑にすすめるために必要な事項をご記入ください。）						