災害時避難行動要支援者登録同意確認書

行政区名		平成　　年　　月　　日	
フリガナ			
氏名			
生年月日	明治・大正 昭和・平成	性　別	男　・　女
住所			
自宅電話		FAX	
携帯電話		メールアドレス	
避難支援等を必要とする理由 ※下記の事項に同意した方のみ記入してください。	◎該当する項目にチェック・記入をしてください。 □ ６５歳以上のひとり暮らし高齢者（又は高齢者のみの世帯）であり、災害時の自力避難に不安がある □ 介護保険制度による要介護状態区分が要介護３～５の認定を受けている □ 身体障害者手帳１級または２級を所持している □ 療育手帳Ａを所持している □ 精神障害者保健福祉手帳１級または２級を所持している □ その他（　　） 【　身体的状況　】 □ 自力で動けない　　□ 自力で動けるが、歩行に不安がある □ 自力で動けるが、情報入手や避難の判断に不安がある		

避難行動要支援者は、避難支援等関係者への情報提供に同意することにより、お住まいの地域での災害発生時における避難行動の際の支援を受ける対象となりますが、避難支援者自身や家族などの安全が前提のため、登録の同意によって、災害時の避難行動の支援が必ずなされることを保障するものではありません。また、避難支援等関係者は、法的な責任や義務を負うものではありません。

上記の内容を理解し、避難の支援、安否の確認、その他の生命また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、住所、連絡先、避難支援等を必要とする理由など）を、亘理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

◎同意の意志について、変更の申し出がない限り自動継続とします。

◎地域の支援関係者が災害時の支援体制づくりを行いますので、その際はご協力ください。

□　同意しません

◎同意されない方へ≪参考までに、提供に不同意の該当理由に○をご記入ください≫

1．自力で避難できる
2．同居の方が支援してくれる
3．すでに近所に支援してくれる人がいる
4．施設に入所している
5．その他
（　　）

本人署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 印	代理人住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 代理人署名(続柄) ＿＿＿＿＿＿＿＿ 印(　　) 代理人電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿