

井原市災害時等避難行動要支援同意書

井 原 市 長 殿

フリガナ		性 別	男 ・ 女
氏 名			
住 所	〒 ー 井原市 町 番地		
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日		
災害時に地域の支援を必要とする理由	① 介護保険の要介護3以上の在宅で生活している人 ② 身体障害者手帳の交付を受けている人 ③ 療育手帳の交付を受けている人 ④ 精神保健福祉手帳の交付を受けている人 ⑤ 一人暮らしの高齢者 ⑥ 高齢者のみの世帯の人 ⑦ 難病患者の人 ⑧ その他①～⑦に準ずると思われる人		

緊急時の家族等の連絡先 *記入をお願いします。	氏 名	続柄	住 所	電話番号
				()
				()
				()

この制度は、避難支援を行う者自身やその家族などの安全が前提のため、個人情報の提供について同意を行った避難行動要支援者が、必ず避難行動の支援を受けることを保証するものではありません。

私は、井原市災害時等避難行動支援制度の趣旨に賛同し、地域からの支援を受けることを希望します。また、私が同意した上記の個人情報について、井原市から民生委員児童委員、避難支援者、消防署、警察署、自治会等に提供されることに

- ☐ 同意します。
- ☐ 趣旨を十分理解した上で、同意しません。
- *いずれかにレ点を記入してください。（署名は親族等の代理の人でもかまいません。）

年 月 日 署 名 ㊞

電話番号

自治会名