

紀美野町避難行動要支援者名簿情報提供の同意確認書

提出日 年 月 日

紀美野町長様

避難の支援、安否確認、その他災害から生命又は身体の保護を受けるため、避難支援に必要となる以下の個人情報（＝名簿情報）を避難支援者等関係者へ提供することについて、

※ いずれかの口に✓印を付けてください。

同意します 同意しません

施設等に入所・入院しています

〔施設名 〕

※施設等を退所・退院されましたら、保健福祉課までご連絡ください。

ふりがな 氏名		性別	男・女
生年月日	年 月 日 (歳)		
住所又は居所	〒 ー 紀美野町	自治会名	
電話番号		緊急 連絡先	氏名（続柄） ()
携帯電話番号			電話番号
避難支援等が 必要な理由 (該当番号に ○をする)	1 75歳以上1人暮らしの高齢者 2 介護保険の要介護1以上の独居もしくは高齢者のみの世帯の方 3 手帳をお持ちの方(身体 ・ 療育 ・ 精神) 4 特定医療費(指定難病)受給者、小児慢性特定疾病医療受給者 5 その他()		

【代理署名】本人が署名できない場合

ふりがな 氏名		続柄	
住所又は居所	〒 ー	電話番号	

※ 名簿情報の提供に同意いただいた方については、避難行動要支援者情報（個別計画）を作成するため、看護師資格を有する紀美野町の地域見守り支援員が自宅訪問を行いますので、ご協力ください。

※ 同意によって、災害発生時等の避難行動の支援が必ずなされるものを保証するものでなく、避難を支援する方々は、法的な責任や義務を負うものではありません。

※ 同意・不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。