



成田市避難行動要支援者名簿情報提供等の同意確認書

年 月 日

※本人が署名してください。

※本人が署名できない場合は代理人が署名してください。

本人氏名

(代理人氏名： \_\_\_\_\_ ・続柄 \_\_\_\_\_ )

私は、災害発生時における避難、安否の確認、その他の生命又は身体の保護について支援を受けるために、住所・氏名・連絡先、支援を必要とする事由(要介護・要支援認定区分、障がいの種別等)などの情報を、平常時から成田市地域防災計画に定める避難支援関係者に提供すること及び避難支援を行う人や避難先等を記載した「個別避難計画」を今後作成・更新することについて、以下のとおりです。 ※太枠にをお願いします。

<input checked="" type="checkbox"/>	同意します。	裏面の記入をお願いいたします。
<input type="checkbox"/>	同意しません。	これで終わりです。ありがとうございました。 裏面は記載不要です。
<input type="checkbox"/>	施設入所中・長期入院中のため対象外です。	これで終わりです。ありがとうございました。 裏面は記載不要です。 退所、退院された後に、改めて名簿への登載を希望される場合は、社会福祉課へご相談ください。

地域の避難支援等関係者は実施可能な範囲で避難支援を行います。災害の規模や被災状況によっては支援ができない場合もあることをご了承ください。

○連絡先、区、自治会などの項目

自 宅 電 話		携 帯 電 話	
区 ・ 自 治 会	加入している ⇒	名称( )	
	加入していない	⇒区・自治会への名簿には登載されません。	
	加入しているか不明		
民 生 委 員			

○支援協力者・緊急連絡先に関する事項

避難の際に支援協力をしてくれる方や緊急時の連絡先に関する事項についてご記入ください。

※①支援協力者連絡先の情報については、避難支援等関係者に提供されます。

- 【支援協力者】
- ・協力者本人が自署してください。
  - ・協力者がいない場合には、空欄のままご提出ください。

①支援協力者連絡先 ※近隣住民の方や、避難の際に支援可能な同居・近隣の親族など

1	(フリガナ)		本人から見た関係	電話番号
	氏 名			
	住 所			
2	(フリガナ)		本人から見た関係	電話番号
	氏 名			
	住 所			

②緊急時の連絡先 ※なるべく2名ご記入ください。支援協力者と同じでも構いません。

1	(フリガナ)		本人から見た関係	電話番号
	氏 名			
	住 所			
2	(フリガナ)		本人から見た関係	電話番号
	氏 名			
	住 所			

支援協力者等にあつては、避難支援について法的責任や義務を負うものではありません。