

フリガナ		性別	男・女	生年 月日	大・昭 平・令	年 月 日
氏名						
住所	富士宮市					
避難支援を必要とする事由 (該当する番号に○)	1 要介護の認定を受けている (要介護 3 ・ 4 ・ 5) 2 身体障害者手帳の交付を受けている (1級 ・ 2級) 3 療育手帳Aの交付を受けている 4 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている (1級 ・ 2級) 5 高齢者世帯 (75歳以上のひとり暮らし ・ 75歳以上の高齢者のみ世帯) 6 特定疾病治療研究事業の医療費助成認定を受けている難病者 7 その他災害時に支援が必要で自ら登録を希望する ()					
特に避難支援を受けたい事由		緊急連絡先	住所	同上・ ()		
電話番号			氏名			
自治会名	区 町内 班		電話番号			

地域の避難支援者の情報提供に同意することにより、災害発生時における避難行動の際に支援を受ける可能性は高まりますが、避難支援者自身やその家族などの安全が前提のため、同意したからといって災害の避難行動の支援が必ずなされることを保証するものではありません。
 避難支援や安否確認の必要がある場合には、住居内に立ち入ることを承諾します。
 地域の避難支援者は、法的な責任や義務を負うものではありません。

私は、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、上記の個人情報を、避難支援等関係者（自主防災組織（区長・会長・役員・町内会長・班長）・民生委員・児童委員、消防団員、その他行政機関及び福祉関係団体）へ提供（名簿の提供先を選択することはできません。）することに、

同意します。 同意しません。

同意しない場合には、下記の理由にを付けてください。

- 社会福祉施設入所・長期入院等により自宅にいません。
- 同居家族等の支援が受けられるので必要ありません。
- その他 ()

【代理人署名】本人が署名できない場合

フリガナ		住所	
氏名			電話番号
続柄			

※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。