

## 避難行動要支援者名簿情報提供の同意確認書

長期入院中や特別養護老人ホームなど、災害時に管理者による避難支援が可能な施設等に入所中の方は対象になりません。

尼崎市長 様

フリガナ			
氏名			
生年月日	年	月	日
住所	尼崎市		
避難支援等を必要とする事由	市が把握している「介護保険制度の要介護状態区分」「身体障害者手帳の等級及び障害部位」「療育手帳の判定」「精神障害者保健福祉手帳の等級」「難病患者(特定医療費(指定難病)受給者等)の該当」「65歳以上のみ世帯(住民票上の世帯)」の情報以外で、避難支援を必要とする理由をご記入ください。 〔 〕		
電話番号		ファックス番号	
携帯電話番号		メールアドレス	
緊急連絡先	氏名:	本人との関係:	電話番号:

私は、次の事項について理解した上で、私の避難支援や安否確認のために、上記の氏名、生年月日、性別、住所、避難支援等を必要とする事由、連絡先等を、消防署、警察署、自主防災会や町会、民生児童委員などの地域の支援者に提供することに

- 〔
1. 今後、支援が必要な状態を確認するため、地域の支援者が訪問する可能性があること(※1)
  2. 情報提供に同意することにより災害発生時には地域の支援者から避難を行う際の支援などを受けられる可能性が高まりますが、避難支援者自身やそのご家族などの安全確保が前提になるため、同意したことにより、支援が必ず受けられることを保証するものではないこと
- 〕

同意します(※2)

同意しません

同意確認書を書いた日付の記入と、ご本人の署名をお願いします。

年 月 日 (本人署名)氏名 \_\_\_\_\_

ご本人が署名できない場合は、次の項目もご記入ください。

(代理人署名)氏名 \_\_\_\_\_ 本人との関係 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_

※1 地域の支援者が訪問する場合にお金の振込みなどを求めることはありません。不審な点がございましたら、尼崎市までお問い合わせください。

※2 同意の意思について、変更の申出がない限り自動継続とします。

# 避難行動要支援者名簿の情報提供に関する説明書

避難行動要支援者の情報を避難支援等関係者に提供し、災害時の避難支援や平常時からの避難体制づくりなどに活用する取り組みを行います。本説明書をお読みいただき、避難行動要支援者名簿情報提供の同意確認書(以下「同意確認書」という。)のご提出をお願いします。

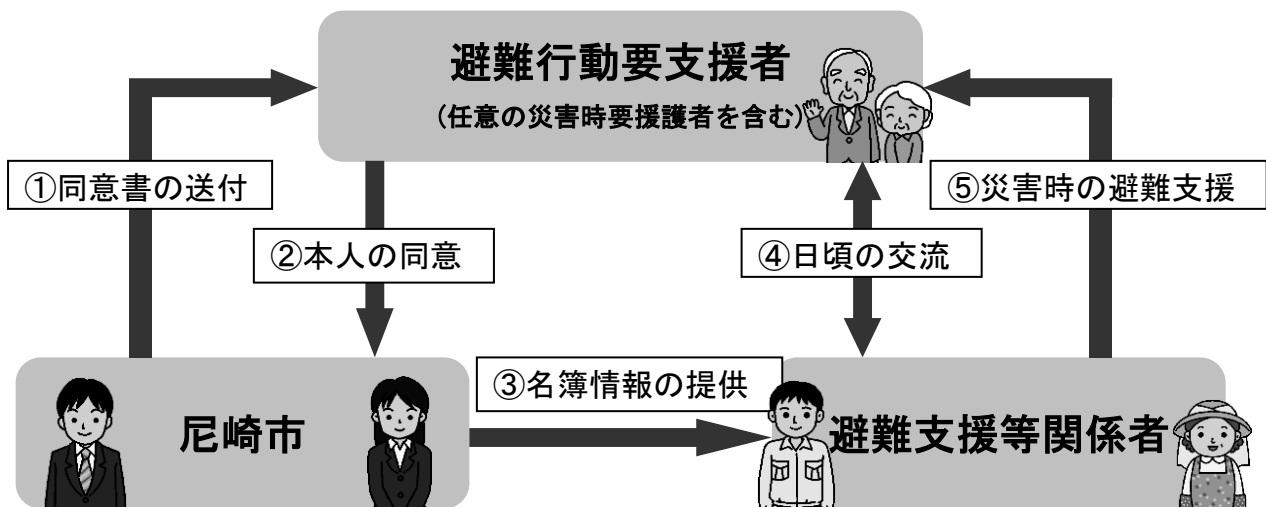
## 対象となる方について

この名簿情報の同意確認通知は、災害発生時に自ら避難することが困難であって、安全な場所へ避難するなどの行動に特に支援を要する方である、**避難行動要支援者**の方が対象です。

避難行動要支援者
介護保険制度の要介護認定者(要介護3以上)
身体障害者手帳を所持する者(1, 2級)
療育手帳を所持する者(療育手帳A)
精神障害者保健福祉手帳を所持する者(1級)
難病患者(特定医療費(指定難病)受給者等)
65歳以上のみ世帯(一人暮らし・夫婦等)
上記以外で特に配慮を要する者

## 避難支援の仕組みについて

平常時から、名簿情報の提供に同意された方の情報を、避難支援等関係者である警察、消防、民生児童委員、社会福祉協議会(自主防災会・自治会)等に提供し、災害時の避難支援や平常時からの避難体制づくりなどに使用します。



## 身近な地域とのつながりについて

災害時の避難支援だけでなく、様々な地域の課題を解決するためには、地域コミュニティにおける活動の活性化が欠かせません。身近な地域に関心を持ち、互いにしやすい地域づくりを進めるため、町内会・自治会などの市民活動団体への参画をお願いします。

○お問い合わせ先

尼崎市 福祉局 福祉部 重層的支援推進担当課

TEL : 06-6489-6013

FAX: 06-6489-6952

E-MAIL : ama-sasaeai@city.amagasaki.hyogo.jp