

避難行動要支援者名簿情報提供の同意確認書

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	「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）」の情報は、市で把握しているものを情報提供し、毎年度更新いたします。その他特記事項がありましたら、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	

避難行動要支援者は、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（自主防災組織・自治会）等への情報提供に同意することにより、避難支援等関係者から災害発生時における避難行動の際の支援を受ける可能性が高まりますが、避難支援者自身や家族などの安全が前提のため、同意によって、災害時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なく、また、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。

上記の内容を理解し、避難の支援、安否の確認、その他の生命又は身体を災害から保護をうけるために、上記内容（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、尼崎市が定める避難支援等関係者に提供することに、

- 同意します
 理解した上で、同意しません

必ずどちらか一方に、「✓」を入れてください

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

令和 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 _____ 本人と代理人の関係 _____

住所 _____ 連絡先 _____

※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。

※今後、支援が必要な状態を確認するため、避難支援等関係者が訪問する場合がございますので、ご協力ください。なお、その際にもお金の振込みなどを求めることはありませんので、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。