

(様式 2)
(記載例) 避難行動要支援者名簿情報提供同意確認書

フリガナ	ヨコテ 花子	自治会名 町内会名	<input checked="" type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入
氏名	横手 太郎		中央町
生年月日	昭和 10 年 10 月 10 日	性別	男
住所	横手市		
該当する箇所が ございましたら <input checked="" type="checkbox"/> をつけて ください	<input type="checkbox"/> 立つことや歩くことができない (むずかしい) <input checked="" type="checkbox"/> 音が聞こえない (聞こえにくい) <input type="checkbox"/> 物が見えない (見えにくい) <input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解がむずかしい <input type="checkbox"/> 危険なことを判断できない (むずかしい) <input type="checkbox"/> 顔をみても知人や家族がわからない <input checked="" type="checkbox"/> その他 (聴覚障害者 1 種 1 級・要介護 4 など)		
電話番号	0182-35-2132	ファックス番号	0182-32-9709
携帯電話番号	090-1234-5678	メールアドレス	***@***.***.***

横手市長 あて

1. 私は、災害時に必要な個人情報を提供することについて、市が保有している個人情報（氏名、生年月日、住所、電話番号、メールアドレス）を避難支援等関係者（警察署、消防署、社会福祉協議会等）に提供することに同意します。

2. 私は、支援者として、災害時に避難行動を支援するものであることを理解し、その旨を周知することとを了承します。

以上を理解し、同意されたことについて、（いずれも、同意されたものとします。）

同意します。 → 別紙（個別計画）の記入にご協力ください。

同意しません。 → 名簿には登録されませんが、災害時の安否確認等のため、別紙（個別計画）の記入にご協力ください。

施設入所・長期入院等で自宅にいません。 → 名簿には登録されません。署名の上、提出してください。 ※ 別紙（個別計画）の記入は不要です。

令和 元 年 9 月 12 日 記入者 横手 花子

代理記入の場合： 本人とのご関係（ 長女 ）

災害発生時に避難支援を受ける可能性が高まりますので、なるべく同意くださいますようお願いいたします。尚、どちらにも記入がない場合には、同意されたものとして対応させていただきます。

(様式 3)
(記載例) 個別計画

■ 避難支援の必要度 避難するとき、どの程度の支援が必要かをつけてください。

避難支援の必要度	<input type="checkbox"/> ① 全面的な支援がないと避難できない <input checked="" type="checkbox"/> ② ある程度、周りの人の手助けがあれば避難できる <input type="checkbox"/> ③ 同居家族の支援だけで避難できる <input type="checkbox"/> ④ 自力で避難できる
----------	--

※ 自力で避難できる方は②③をお選びいただけます。

■ 支援者と緊急連絡先 なるべく同居している方以外の支援者をご記入ください。ご近所や近くにいる親戚を記入しましょう。遠くにいるご親戚は災害発生時に直ちに支援することができません。

支援者	①	横手市 中央町△番△号	82 (32) △△△△
	②	横手市 中央町□番□号	()
緊急連絡先	① 横手 花子	住所	横手市条里一丁目1番1号
		電話	0182 (33) △△△△
	(関係： 長女)	携帯	080 (1234) 5678
	② 横手 一郎	住所	横手市増田町増田土肥館173
	電話	0182 (45) △△△△	
	(関係： 次男)	携帯	090 (1234) 5678

■ 避難の際に留意すること 配慮が必要なことについてご記入ください。

必要なもの	<input type="checkbox"/> つえ・手押し車 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 携帯酸素ボンベ <input type="checkbox"/> その他 ()
その他	その他、避難や情報伝達の際に気にかけてほしいことがあればお書きください。 (例) 毎日インシュリン注射が必要、携行薬の〇〇が必要など ・長い距離は歩けないので、車椅子介助をお願いします ・高血圧で、一週間おきに平鹿病院に通院し、薬を服用しています

裏面もご記入ください。

■ 暮らしの情報 お住まいの状況についてご記入ください。

住宅環境	<input checked="" type="checkbox"/> 一戸建（持家・借家） <input type="checkbox"/> 公営住宅 <input type="checkbox"/> 社宅 <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> 間借り <input type="checkbox"/> その他（ ）
建物	<input type="checkbox"/> 平屋建て <input checked="" type="checkbox"/> （ 2 ）階建て
世帯区分	<input type="checkbox"/> 単身 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他（ ）
家族構成	<u> 2 </u> 名（内訳：高齢者 1 名・その他 1 名）
見守り支援 の状態 （平常時）	<input type="checkbox"/> いくらかの不安はあるが、見守りまでの必要はない。 <input checked="" type="checkbox"/> 生活上の不安や危険などがあり、部分的に周りの人の支援があれば 安心する。 <input type="checkbox"/> 生活上の不安や危険を感じる事が多く、周りの人などの定期的な 支援を希望している。

ご記入ありがとうございました。

記入内容をお確かめの上、同封の封筒で返送してください。