**避難支援情報提供同意書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | |
| 氏　　名 |  | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性 別（任意記入） | 男　・　女 |
| 住　　所 | 上尾市 | | |
| 避難支援などが必要な理由  (あてはまるところ全てに☑) | □介護保険の認定を受けている →（要介護　３ ・ ４ ・ ５ ）  □手帳を所持している  （手帳の種類：身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳）  　※該当する手帳の種類に○を付けてください。  （等級：　　　　　　　　　）  □指定難病の特定医療費、小児慢性特定疾病医療費の支給認定を受けている。  （病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □その他  （ ） | | |
| 電話番号 | - | ＦＡＸ番号 | - |
| 携帯電話番号 | - - | メールアドレス | @ |

**※次の欄で同意をいただいた場合、上記、裏面の内容を情報として支援者に提供します。**

**※後日、情報を提供した支援者が、確認や挨拶のため訪問させていただくことがあります。**

|  |
| --- |
| 災害時の避難に支援を必要とする方々は、情報提供に同意することで、支援者（地域の皆さんなど）から災害発生時に避難の支援が受けられる可能性が高まります。  ただし、支援者自身やそのご家族の身の安全が前提のため、必ず支援が受けられると保証するものではなく、また、支援者は法的な責任や義務は負いません。  　以上の内容を理解し、避難の支援や安否の確認、その他の災害からの保護を受けるために、上記の内容を上尾市地域防災計画に定める避難支援等関係者に提供することに、  **□ 同意します　　　　□ 同意しません**  　年　　月　　日　 　署　名  代理署名した場合はその方の署名 　　　　　　 本人との関係 |