避難支援等関係者への情報提供同意書

フリガナ 氏　　名		自治会名	
生年月日		性別	
住　　所			
避難支援等を必要とする事由	□ 介護保険の認定を受けている　□ 身体障害者手帳保持　□ 療育手帳保持 □ 精神障害者保健福祉手帳保持　□ その他（　　）		
電話番号		ＦＡＸ番号	
携帯電話番号		同居家族等	人（本人を含め）
避難時に配慮しなくてはならない事項	□ 立つことや歩行ができない　□ 音が聞こえない（聞き取りにくい） □ 物が見えない（見えにくい）　□ 言葉や文字の理解が難しい □ 危険なことを判断できない　□ 顔を見ても知人や家族とわからない □ その他（　　）		

緊急時連絡先①	フリガナ		本人との関係
	氏　名		
	住　所		
	連絡先	電話番号:　　携帯電話番号：	
緊急時連絡先②	フリガナ		本人との関係
	氏　名		
	住　所		
	連絡先	電話番号:　　携帯電話番号：	

※ 以上の情報を避難支援等関係者に提供します。

避難行動要支援者は、避難支援等関係者（地域等）へ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の支援を受ける可能性が高まりますが、避難支援等関係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、避難支援等関係者は、法的な責任や義務を負うものではありません。

これらの内容を理解し、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受けるために、上記内容（氏名、生年月日、性別、住所、障がい種別等の内容、連絡先等）を甲斐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。

令和　　年　　月　　日

本人氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※本人に同意の意思があるが、自身で署名できない場合は、代理人が「本人氏名欄」及び「代理者氏名欄」を記入してください。

代理人氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（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。