

別紙及び本状の内容をよくお読みになった上で記入してください。

記入後は、同封の返信用封筒に入れ、ポストに投函してください。切手は不要です。

様

「大牟田市災害時要配慮者名簿」提供に関する同意書

大牟田市長 様

1、私は、災害発生時に避難行動等の支援を、

- 希望します → 2、同意確認へ進んでください
 希望しません（避難の支援は不要です） → 終了です（下記の署名をお願いします）

※いずれかの口にチェック（し）をつけてください。

※支援が必要になったら『大牟田市役所 防災対策室』へ連絡してください。

2、私は、別紙「大牟田市災害時要配慮者名簿の同意確認について」をよく読み、趣旨を理解した上で、氏名、生年月日、年齢、性別、住所、該当する名簿掲載の要件及び個別避難支援計画書に記載した事項を、平常時から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。

※いずれかの口にチェック（し）をつけてください

令和 年 月 日

氏名（自署） _____

※本人が自署出来ない場合や未成年の場合に代理人が署名してください。

（代理署名 _____ 本人との関係 _____ ）

【ご注意】

- ※ 災害発生時において、避難の支援などが必ずなされることを保証するものではありません。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。
- ※ 不同意の場合でも、災害発生時には、災害対策基本法に基づき、「大牟田市災害時要配慮者名簿」を避難支援等関係者に提供し、避難誘導や安否確認等に使用します。
- ※ 同意書で選択された項目は、申し出があれば変更可能です。

※ 裏面は、上の欄2で「同意」された方のみ記入してください。

※「同意」された方のみ記入してください。

裏

災害時要配慮者の個別避難支援計画書

災害発生時における避難支援等に役立てるため、下記事項について、可能な範囲で記入してください。

氏名		住所	
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日	連絡先	自宅電話番号：
			携帯電話番号：
			FAX番号：
性別	男性 / 女性	血液型	A型 / B型 / AB型 / O型
同居している 家族等の有無	あり / なし	普段服用 している薬	あり（ ） / なし ※記入例：「高血圧の薬」など
通院している 医療機関の名称			
利用している介護・障害 支援サービスおよびその 事業所の名称			
ご自身の状況について、あてはまるものすべて選択してください。（□にチェックを付けてください。）			
<input type="checkbox"/> 立つことや歩行ができない <input type="checkbox"/> その他			
<input type="checkbox"/> 物が見えない、見えにくい			
<input type="checkbox"/> 音が聞こえない、聞き取りにくい			
緊急時の 連絡先	ふりがな		住所
	氏名		
避難支援者 の 情 報	ふりがな		住所
	氏名		
避難する際 の 避 難 先	【最初に避難する場所】 （公民館や親戚宅など）		【最終の避難場所】 （指定避難所など）
特記事項			