

「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、災害発生時に避難する際の声掛けや避難誘導などの支援を、

- 希望します → 裏面の個別避難支援計画書を記入の上、
下記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(シ)をつけてください。

※支援が必要になったら『大牟田市役所 防災危機管理室』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(シ)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1で「希望」された方のみ記入してください。

災害時要配慮者の個別避難支援計画書

裏

災害時における避難支援等に役立てるため、可能な範囲で計画を記入してください。

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 医療機関名	※記入例：「××クリニック」「△△歯科医院」など		
利用している福祉施設名 (介護・障害支援サービス)	※記入例：「□□福祉施設(デイサービス)」「◎◎園(ショートステイ)」など		
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"/> 立ったり、歩いたりができない <input type="checkbox"/> その他(持病の有無、具体的な病名など)			
<input type="checkbox"/> 目が見えない、見えにくい			
<input type="checkbox"/> 耳が聞こえない、聞こえにくい			
緊急時の 連絡先	ふりがな		住所
	氏名		
		(続柄)	
避難支援等実 施者の連絡先	ふりがな		住所
	氏名		
		(続柄)	
避難先 避難経路	【一時的に避難する場所】 (記入例：地域の公民館や親戚宅、自宅の2階など)		【最終的に避難する場所】 (記入例：地区公民館、□□福祉施設、親戚宅など)
特記事項 ・ 避難支援時 の留意事項	※避難や避難支援の際に、気をつけてほしいことを記入します。 (記入例①：「ペット(猫)がいる」「現在、一時的に住民票の住所と違う所に住んでいる」など) (記入例②：避難経路上に注意すべき浸水想定区域、急勾配、段差等がある場合など)		