

様

本状の内容をよくお読みになりご記入
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。

「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

※いずれかの□にチェック(✓)をつけてください。

【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 → 【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） → 【3】署名へ進んでください

【2】私は、別紙「大牟田市災害時要配慮者名簿の提供に関する同意確認について」
の趣旨を理解した上で、個別避難計画書（裏面）に記載した事項及び名簿掲載
の要件を、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

【3】署名

令和 年 月 日

氏名（自署）_____

※本人が自署できない場合や未成年の場合は代理人が署名してください。

（代理署名_____ 本人との関係_____）

【1】で「希望します」の方のみ＜裏面＞を記入してください。「希望しません」の方は以上です。

＜注意＞

※要介護 3～5、身体障害者手帳 1 級・2 級、療育手帳 A、精神障害者保健福祉手帳 1 級の
いずれかにあてはまる方に送付しています。

※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。

※「同意しません」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。

災害時要配慮者の個別避難計画書



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。

ふりがな 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：	
				携帯電話：	
				ファクス：	
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・障害支援サービス名)	※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）					
☐ 歩行が困難（立ったり、歩いたりができない） ☐ 認知症の症状がある ☐ 目が見えない、見えにくい ☐ その他（持病の有無、具体的な病名など） ☐ 耳が聞こえない、聞こえにくい ☐ 言葉や文字の理解が難しい					
緊急時の 連絡先	ふりがな		連 絡 先	住所	
	氏 名 (続柄)			電話番号（自宅・携帯）	
避難の支援を してくれる人 の連絡先 (避難支援等実施者)	ふりがな		連 絡 先	住所	
	氏 名 (続柄)			電話番号（自宅・携帯）	
避難先 (避難経路)	【一時的に避難する場所】		【最終的に避難する場所】		
	※記入例：地域の公民館や親戚宅、自宅の2階など		※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、段差等情况など)				