

# 海南市 避難行動要支援者名簿情報提供の同意・不同意確認書

提出日 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

海南市長様

避難の支援、安否確認、その他  
ため、避難支援に必要となる  
者等関係者へ提供することによ

※ いずれかの□に✓印を

3つの□のうち、いずれか1つに✓印をつけてください。いずれに✓印  
をつけた場合でも、下記の空欄はすべてご記入ください。  
※長期的な施設等への入所・入院の方は、「施設に入所・入院してい  
ます」に✓印をつけ、〔 〕内に施設名をご記入ください。  
短期的な施設等への入所・入院の方は、「同意します」「同意しませ  
ん」のどちらかに✓印をつけてください。

同意します  同意しません

施設等に入所・入院しています

〔施設名 〕

※ 施設等を退所・退院されましたら、高齢介護課までご連絡ください。

フリガナ	カINAN タロウ	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女
氏名	海南太郎		
生年月日	昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ( 〇〇 歳)		
住所又は居所	〒 ー 郵便番号と住所又は居所を ご記載ください	自治会名	加入・未加入に関わらず、 お住まいの地域の 自治会名を記載ください
電話番号	自宅の電話番号等をご記載ください	緊急 連絡先	氏名(続柄) ご家族等の連絡先と(続柄) をご記載ください 電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
携帯電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
避難支援等が 必要な理由 (該当番号に ○をする)	1 介護保険の要介護以上(要介護1以上)の認定を受けている方 2 <input checked="" type="radio"/> 手帳をお持ちの方( <input checked="" type="radio"/> 身体 ・ 療育 ・ 精神 ) 3 特定医療費(指定難病)受給者、 小児慢性特定疾病医療受給者 4 その他( ) 該当番号が2の方は、「身体」「療育」「精神」の いずれかを○で囲ってください。		

【代理署名】 本人が署名できない場合

フリガナ	カINAN ハナコ	続柄	長女
氏名	海南花子		
住所	〒 ー 郵便番号と住所又は居所をご記載ください	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

※ 避難行動要支援者情報(避難個別計画)を作成するため、避難支援等関係者が訪問調査  
を行う場合がありますので、ご協力ください。

※ 同意によって、災害発生時等の避難行動の支援が必ずなされるものを保証するもので  
なく、避難を支援する方々は、法的な責任や義務を負うものではありません。

※ 同意・不同意の意思について、変更の申出がない限り自動継続とします。