避難行動要支援者名簿登録 情報提供同意書

（ 新規 ・ 変更 ）

令和　　年　　月　　日

（あて先）南魚沼市長

災害発生時に支援を受けるため、裏面の内容を避難行動要支援者名簿に登録し、避難支援等関係者（行政区、自主防災組織、民生委員児童委員、社会福祉協議会、消防団、警察署）に対して、平常時から情報を提供することについて、

□ 同意します　　　　　　　□ 同意しません

□施設入所・長期入院のため対象外です

　　　　　　　　［施設名等　　　　　　　　　　　　　　　］

本人署名

※【代理署名】本人が記入できない等の理由で代理人が記入した場合は、代理人の署名をお願いします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 代理人の氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 代理人の住所 |  | 電話番号 |  |

避難行動要支援者は、避難支援等の実施に携わる関係者(避難支援等関係者)への情報提供に同意することにより、災害発生時等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、登録（同意）したからといって、災害時の避難行動の支援が必ず受けられることを保証するものではありません。

**名簿情報提供に同意をされない方も、災害時の安否確認のため**

**裏面をご記入ください**

施設入所者や長期入院患者は対象外です

裏

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人の情報ホンニンノ | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 生年月日 |  |
| 氏　名 |  | 性　別 |  | 行政区 |  |
| 住所または居所 | 南魚沼市　 |
| 電話番号 |  | 携帯番号 |  |
| 登録区分 | １．要介護認定で要介護３以上２．身体障害者手帳の等級が１級または２級３．療育手帳の判定がＡ４．難病患者のうち下記に該当　　ア．侵襲的人工呼吸療法及び非侵襲的人工呼吸療法患者　　イ．頻回吸引を要する患者　　ウ．在宅酸素療法患者　　エ．在宅人工透析療法患者　　オ．上記の他、日常生活動作が低下しているまたは災害時に　移動が困難な難病患者５．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 災害時の家族等への連絡先 | 氏　名 | 続 柄 | 住　所 | 電話番号 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 支援者の情報 | 避難支援者（災害時に支援してもらえる近所の方を、その方の同意を得てから記入してください） |
| 氏　名 |  関 係 | 住　所 | 電話番号 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 家の情報 | 家 族 構 成 | 本人を含めて 　　 人 | 緊急通報システム |  あり・なし |
| 居住建物の構造 | 平屋建て　・　２階建て　・　高床式　・　アパートその他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 夜間いる部屋 |  　　 階 | 東 ・ 西 ・ 南 ・ 北 ・ 中央 |
| 特　記　事　項 | １.寝たきり　　２.車いす使用　　３.杖使用　４.日中高齢者だけになることが多い |
| 米ねっとカード（うおぬま・米ねっと） | あり・なし |
| そ　　の　　他（特に伝えておきたいこと） |  |

ここから下の欄には記入しないでください。

【市役所処理欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 警戒区域等 | 区　域　種　別 |
| 有・無 | 　１．土砂災害特別警戒区域　　　　　　　　２．土砂災害警戒区域　　３．浸水想定区域　　　　　　　　　　　　４．浸水家屋倒壊危険区域 |