

(様式第2号)

## 吉岡町災害時避難行動要支援者名簿登録申請の同意書

吉岡町長 様

年 月 日

避難行動要支援者名簿登録について、名簿登録者は、避難支援者等に情報提供の同意をすることにより、避難支援者（自治会等）から災害発生時における避難行動の支援を受けられる可能性が高まりますが、避難支援者自身や家族等の安全が前提となるため、登録（同意）によって、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。また、避難支援者は、法的な責任や義務を負うものではありません。

同意事項

1. 登録した個人情報について、災害時の避難行動支援、安否確認のほか、日頃からの見守りや支援活動などのため、自主防災組織（自治会等）、社会福祉協議会、民生委員児童委員、消防団、警察、消防署等、町と連携して支援を行う団体や避難支援者、吉岡町役場関係部局に提供することに同意します。
2. 命にかかわるような安否確認等、緊急時の必要な場合に住居内に立ち入ることに承諾し、その際、やむを得ず住居の一部を破損しても、修繕、損害賠償などについて一切請求しません。

以上の内容を理解した上で、私は吉岡町災害時避難行動要支援者名簿に登録することに（あてはまる□にチェック、署名等の記入をお願いします。）

同意します。

※同意について変更の申し出が無い場合、自動継続します。

※自治会等の支援団体や支援者が、名簿を利用して、日頃から見守りや声かけ等を行う場合がありますので、ご協力ください。

同意しません。

※ 同意されない方へ、よろしければ参考までに不同意の理由に○を記入してください。

1. 自力で避難できる。
2. 同居の人が支援してくれる。
3. 施設に入居している。
4. その他（ ）

住 所	代理人署名（続柄）	印（ ）
登録者本人署名	印	代理人住所
電話番号	代理人電話番号	

※ 本人が直筆できない場合又は未成年者の場合は、代理人の方の署名をお願いします。

※ 同意された方は、吉岡町災害時避難行動要支援者名簿登録申請書にわかる範囲で記入していただき、提出をお願いします。後日、記入漏れや内容の確認に自治会等の方が、連絡や訪問する場合があります。

(表)

(様式第3号)

登録番号	
------	--

### 吉岡町災害時避難行動要支援者名簿登録申請書（個別計画）

吉岡町長 様

私は、吉岡町災害時避難行動要支援者名簿に登録することを希望するとともに、届け出た下記個人情報をもとに、町が個別計画、要支援者名簿及び要支援者マップの作成に使用し、自主防災組織(自治会等)、民生委員・児童委員、社会福祉協議会、消防署及び警察署、避難支援者等に提出すること、日頃からの見守り等を行うことを承諾します。

年 月 日

本人又は代理人氏名

印

自治会名 (地区名)	( )	自治会長名		電話	( )
				携帯電話	
		民生委員 児童委員名		電話	( )
				携帯電話	
該当区分 (該当に)	<input type="checkbox"/> 要介護認定者、 <input type="checkbox"/> 身体障がい者、 <input type="checkbox"/> 知的障がい者、 <input type="checkbox"/> 精神障がい者、 <input type="checkbox"/> 内部障がい者、 <input type="checkbox"/> 妊産婦及び乳幼児、 <input type="checkbox"/> 難病患者、 <input type="checkbox"/> 日本語に不慣れな在住外国人、 <input type="checkbox"/> 65歳以上の一人暮らしの者又は高齢者のみの世帯の者、 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
住所	吉岡町大字	番地	電話	( )	
			携帯電話		
氏名	(男・女)		生年月日	年	月 日
緊急時の家族等への連絡先					
氏名		続柄 ( )	住所	電話	( )
				携帯電話	
氏名		続柄 ( )	住所	電話	( )
				携帯電話	
家族構成・同居状況等		居住建物			
		建築時期		構造	木造・その他
		耐震診断	実施・未実施	家具の固定	あり・なし
		見取り図 (普段いる部屋、 寝室の位置等)	北 4 ↑		
		特記事項			
緊急通報システム あり ( 警備会社の名称 ) ・ なし					

(裏)

避難支援者					
氏名		住所	吉岡町大字	電話	( )
				携帯電話	
氏名		住所	吉岡町大字	電話	( )
				携帯電話	
氏名		住所	吉岡町大字	電話	( )
				携帯電話	
情報伝達の流れ					
情報伝達での留意事項					
避難時に携行する医薬品 ( )					
かかりつけ医療機関 ( )					
既往症 ( )					
避難誘導時の留意事項 (あてはまる番号に○をつけてください。)					
1. 自力で動けない。 2. 自力で動けるが、歩行が不安 3. その他 (記入をお願いします。)					
避難先での留意事項					
避難場所					
備考					