**名簿情報の提供に関する同意確認書** 様式第１号

**秘**

**（邑南町避難行動要支援者名簿情報提供に関する同意書）**

・いずれかを〇で囲ってください。

・「同意しません。」を選択した場合でも、いつでも「同意します。」に変更できます。

自筆で署名された場合には押印の必要はありません。

邑南町長 あて　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月日

　わたしは、災害発生時などに地域からの支援が得られるよう、**事前にわたしの名簿情報を**町から消防・警察機関、民生・児童委員、自治会・自主防災組織などの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。**

**・長期入院中または施設入所のため名簿登録の対象外です。**

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　（印）

代理人の方が記入される場合は、下記をご記入ください。

代理人氏名　　　　　　　　　　　　　（印）　　本人との関係

住　　所 　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

記載内容に誤りがある場合は、二重線を引いて訂正してください。連絡先（電話番号、携帯電話）、お住いの地区の自治会・集落名は手書きでご記入ください。

**あなたの名簿情報**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） |
| 氏　　名 |  | 性　　別 |  |
| 住　　所 |  |
| 避難支援等を必要とする理由 | 　（該当する理由を掲載） |
| 電話番号 |  | 携帯電話番号 |  |
| 自治会名 |  | 集落名 |  |

(自治会名・集落名が分からないときには空欄のままご提出ください。)

【裏面もご確認ください】

**※同意の意思については、変更の申し出がない限り自動継続となります。**

**同意していなくても、災害発生時等の緊急時には、身体・生命の安全確保を優先し、避難支援等関係者に名簿情報を提供することがあります。**

**新たに名簿への登録を希望するときは、いつでも申請することができます。**

|  |
| --- |
| **あなたの支援にかかわる情報について** |

**①差支えのない範囲で、該当するもの全てに☑を付けてください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 身体等の状況 | □ 立つことや歩行が困難　　　□ 目が悪く、物が見えにくい□ 耳が悪く、聞こえにくい　　□ 言葉や文字の理解が難しい□ 常時服薬が必要である　　　□ 顔を見ても知人や家族とわからない□ 医療器具等を使用している　□ 危険なことを判断できない□ その他（下記にご記入ください）（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**②緊急時の連絡先について（ご家族・ご親族・福祉事業所など）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 緊急連絡先 | 氏名 | **（**続柄**：　　　　）** | 住　所 |  |
| 電話番号 |  |
| 携帯番号 |  |
| 氏名 | **（**続柄**：　　　　）** | 住　所 |  |
| 電話番号 |  |
| 携帯番号 |  |

**※支援者や地域の人も被害にあう可能性があるため、災害時の避難支援が必ずなされることを**

**保障するものではありません。**

**また、支援者は責任や義務を負うものではありません。**

　　　　　　　　　　　　　**【問い合わせ先】**

　　　　　　　　　　　　　　　邑南町役場

　　　　　　　　　　　　　　　　総務課　　　　　☎0855-95-1111　IP050-5207-3000

　　　　　　　　　　　　　　　　医療福祉政策課　☎0855-95-1115　IP050-5207-3008