㊙

名簿情報の提供に関する同意確認書

様式第１号

（邑南町避難行動要支援者名簿情報提供に関する同意書）

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。（○で囲まれている）

・同意しません。

・いずれかを○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。

・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　邑南　太郎　(印)

自筆で署名された場合には押印の必要はありません。

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　邑南　花子　(印)　　本人との関係　子

住　　所　邑南町矢上 6000 番地　　連絡先　0855（●●）●●●●

あなたの名簿情報

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。

フリガナ 氏　　名	オオナン　タロウ 邑南　太郎	生年月日	昭和●年●月●日（●歳）
		性　　別	●
住　　所	邑南町矢上 6000 番地		
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	090-●●●●-●●●●
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	邑南　花子 (続柄：　子　)	住　所	邑南町矢上 6000 番地
			電話番号	●●－●●●●
			携帯番号	090-●●●●-●●●●
	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