

## 避難行動要支援者登録制度意思確認書

海老名市長 殿

私は、災害発生時等に自力で避難することができないため、避難支援に必要となる個人情報（氏名、生年月日、性別、住所、障がい種別等の内容、連絡先等）を、第2条1項に定める避難支援等関係者（消防本部及び警察署、自治会、民生委員児童委員、地区社会福祉協議会）に提供することに、

趣旨を十分理解した上で、**同意します**

※同意することにより、避難支援者（地域等）から災害発生時等における避難行動支援を受ける可能性が高まりますが、避難支援者自身や家族などの安全が前提のため、同意によって、災害発生時等における避難行動支援が必ずなさ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。

趣旨を十分理解した上で、**同意しません**

|      |          |     |   |
|------|----------|-----|---|
| 記入日  | 平成 年 月 日 | 連絡先 |   |
| 本人署名 | 印        | 関係  | <input type="checkbox"/> 本人<br><input type="checkbox"/> その他（                      ） |

※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。

- 1 避難行動要支援者名簿への登載に同意の場合は、下記の項目を御確認ください。なお、修正が必要な場合は、訂正印を押印の上、修正してください。

|               |  |   |   |
|---------------|--|---|---|
| フリガナ          |  | 生年月日  | <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平<br>年   月   日（申請時   歳） |
| 氏名            |  | 性別  | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女   |
| 住所            | 〒 海老名市   |   |   |
| 避難支援等を必要とする事由 | <input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている者                                      | <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5                                |   |
|               | <input type="checkbox"/> 自立度で一定以上の基準に達した者                                  | <input type="checkbox"/> 日常生活B以上 <input type="checkbox"/> 認知症度Ⅲ以上   |   |
|               | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳を所持する者<br>（ただし、心臓機能障害又は腎臓機能障害にのみ該当する者は除く。） | 総合等級<br><input type="checkbox"/> 第1種1級 <input type="checkbox"/> 第1種2級   |   |
|               | <input type="checkbox"/> 療育手帳を所持する者  | <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 |   |
|               | <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳を所持する者                                 | <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級   |   |
| 特記事項          |  |   |   |

- 2 避難行動要支援者名簿への登載に同意の場合は、下記の項目にレ点又は必要事項を御記入ください。

|      |   |       |                     |
|------|---|-------|---------------------|
| 居住実態 | <input type="checkbox"/> 自宅で生活 <input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> グループホームに入居中<br>入院先・入所施設の名前： |       |                     |
| 世帯状況 | <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 家族や保護者と同居（本人含む   人）   |       |                     |
| 連絡先  | 自宅電話  | F A X | メールアドレス ※聴覚障がい者のみ登録 |
|      | 携帯電話  | 番号    |                     |
| 自治会  | <input type="checkbox"/> 加入（自治会名：                      自治会） <input type="checkbox"/> 未加入  |       |                     |

|            |            |  |
|------------|------------|--|
| 登録番号（市記入欄） | 管理番号（市記入欄） |  |
|------------|------------|--|