

八千代市避難行動要支援者 登録申請書兼 情報提供同意書

氏 名			フリガナ		
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	性別 男 ・ 女
住 所	八千代市				
電話番号			その他連絡先 (FAX・メール)		
緊急連絡先	【氏名 続柄】 ※避難支援等関係者への個人情報提供について連絡先の方の同意を得てから記入してください。				
支援を必要とする理由	☐ 介護保険法に基づく要介護3以上の高齢者 ☐ 身体障害者手帳の交付を受け、視覚・聴覚・肢体不自由・呼吸器機能に係る障害の程度が1級～2級の方 ☐ 療育手帳の交付を受け、障害の程度が㊤からAの2の方 ☐ 精神障害者保健福祉手帳の交付を受け、障害の程度が1級の方 ☐ 指定難病医療費助成受給者又は小児慢性特定疾病医療費助成受給者のうち、人工呼吸器等装着者 ☐ その他、災害時に支援が必要で避難行動要支援者名簿の登録を希望される方 (理由：) ※社会福祉施設等へ入所等している方は対象外となります。				
その他 特記事項			自治会名	☐ 未加入	

この避難行動要支援者 登録申請書兼 情報提供同意書を提出することにより、災害発生時に支援をしてくれる避難支援等関係者（自治会、民生委員など）に平常時から名簿が提供されます。

このため、災害発生時における避難行動の際に、支援を受けられる可能性が高まります。ただし、避難支援等関係者自身や家族などの安全が前提のため、同意によって、支援が必ずなされることを保証するものではなく、また避難支援等関係者が、法的な責任や義務を負うものでもありません。

上記の内容を理解し、災害時における情報伝達、安否確認、避難誘導などの支援を受けるために、様式2の内容を八千代市地域防災計画に定める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。

年 月 日

氏名 _____

代筆者 _____ 【続柄 _____】