

中井町避難行動要支援者名簿情報の同意申請書

中井町長様

提出日

年

月

日

わたしは、中井町避難行動要支援者名簿の登録にあたり、下記記載の趣旨を十分理解した上で以下のとおり申請します。

同意します

同意しません

【同意事項】

1. 避難行動要支援者として、中井町避難行動要支援者名簿に登録をすること。
2. 登録によって、災害時の避難行動の支援が必ずなされることを保証するものではなく、避難支援者は、法的な責任や義務を負うものではないこと。
3. 届出した下記個人情報、次の組織・団体等に提供されること。
 - ①自治会（自主防災会）
 - ②民生委員・児童委員
 - ③中井町社会福祉協議会
 - ④消防
 - ⑤町関係部署

フリガナ			
氏名			性別 男 ・ 女
生年月日	年	月	日 自治会名
住所	〒 ー		
電話番号	(自宅)		
	(携帯)		
その他の連絡先	氏名	本人との関係 ()	電話番号
	氏名	本人との関係 ()	電話番号
避難支援等を必要とする理由 (いずれかに☑をしてください)	<input type="checkbox"/> 介護保険の認定を受けている (要介護状態区分: 級)		
	<input type="checkbox"/> 手帳をお持ちの方 (身体・療育・精神 級)		
	<input type="checkbox"/> その他 【特記事項】		

※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します。

※避難行動要支援者情報を作成するため、避難支援等関係者が電話や訪問調査を行いますので、その際にご協力ください。