

防災ささえあい名簿および個別避難計画の情報提供に関する同意書

この書類は、災害時の避難支援に役立つものです。あなたが避難ができるかなど以下の質問に対しチェック☑を入れて必ず返信してください。

問3のチェック項目が「同意します」の方のみB面にお進みください。

問1 あなたは災害時に自分や家族だけで避難ができますか？

はい

いいえ

問2 あなたは施設入所中または長期入院中ですか？

はい

いいえ

問3 下記★の内容を理解し、災害時の避難支援等に活用するため、あなたの情報を防災ささえあい名簿に登録して個別避難計画を作成し、平常時から自治会などにこれらを情報提供することに同意しますか？

同意しません

同意します

下記に署名し返信してください。

※B面の記載の必要はありません。

※名簿にも登録されず、個人情報の外部提供もされません。

B面の個別避難計画の記入が必要です。下記に署名したあとB面にお進みください。

※下記に署名し、必ず返信して下さい

署名欄	令和 年 月 日	日中連絡が取れる電話番号に○をして ご記入ください 携帯電話・自宅電話・FAX
	氏名	
※本人が署名できない場合は、押印もしてください。		

問3のチェック項目が「同意します」の方のみB面にお進みください。

★個人情報等の提供について…同意された場合は、あなたの情報（氏名、性別、年齢、住所、連絡先、必要な支援内容、同居者の有無、身体状況（障害者手帳保持、要介護度など））と避難支援者の情報などの個別避難計画の内容を自治会、民生委員、地域包括支援センターなどの避難支援等関係者に提供します。この同意によって、災害時に避難の支援を受ける可能性が高まりますが、支援をする方も自分や家族の安全確保が最優先となるため、避難の支援を受けられることを保障するものではありません。

わたしのひなん計画（個別避難計画）

	同居人の有無	<input type="checkbox"/> あり（　人）※本人除く <input type="checkbox"/> なし
	生年月日	年　月　日
	住居について	<input type="checkbox"/> 戸建（　階建） → <input type="checkbox"/> 耐震診断済 <input type="checkbox"/> 診断未 <input type="checkbox"/> S56年以降に建築 <input type="checkbox"/> 共同住宅（　階居住）
電話番号等	携帯 ----- 自宅 FAX	

要支援情報	
-------	--

緊急連絡先	氏名	続柄	住所	携帯電話/自宅電話

あなたの自宅では、津波 洪水 高潮 土砂災害 のおそれがあります。

どこへ 避難先	<input type="checkbox"/> 避難所（　　）（　　） <input type="checkbox"/> 在宅避難 <input type="checkbox"/> 家族・知人宅 <input type="checkbox"/> その他（　　）
------------	--

誰と 避難支援者 ※実際に助けて くれる人。 必ず避難支援者 の了承を得てご 記入ください。	氏名	続柄	できること	対応できる状況
	住所		<input type="checkbox"/> 避難しているかの確認	<input type="checkbox"/> 台風や大雨など
	携帯電話		<input type="checkbox"/> 避難先に一緒に行く	<input type="checkbox"/> 土砂災害
	自宅電話		<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 地震・津波・高潮
			{ }	
	氏名	続柄	できること	対応できる状況
	住所		<input type="checkbox"/> 避難しているかの確認	<input type="checkbox"/> 台風や大雨など
	携帯電話		<input type="checkbox"/> 避難先に一緒に行く	<input type="checkbox"/> 土砂災害
自宅電話		<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 地震・津波・高潮	
		{ }		

避難時に支援が 必要な事項	該当する <input type="checkbox"/> にチェック	
	<input type="checkbox"/> 歩行が困難	<input type="checkbox"/> 危険なことを判断できない
	<input type="checkbox"/> 目が見えない（見えにくい）	<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 耳が聞こえない（聞こえにくい）	
	<input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解が難しい	

避難時の 注意点	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器使用（ 24時間 ・ 夜間 ） <input type="checkbox"/> 酸素随時必要 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門（ストマ） <input type="checkbox"/> 導尿
-------------	---

その他伝えてお きたいこと	
------------------	--