

要援護者情報提供同意確認書

要援護者は、避難支援関係者（自治会役員、各地区担当の民生委員、社会福祉協議会、自主防災組織、警察及び消防機関等）から災害発生時に支援を受ける可能性が高まりますが、避難支援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、必ず支援を受けられることを保障するものではなく、また、避難支援関係者は、法的な責任や義務を負うものではありません。

この内容を理解し、避難の支援、安否の確認及びその他、生命又は身体を災害から保護を受けるために、下記内容（※印部分は除く）を、避難支援関係者に提供することに、

同意します

同意しません（同意されない場合は、下記の対象者欄のみご記入ください）

年 月 日 氏 名 ⑩

対象者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日（ 歳）
	住所		血液型	
	電話			
民生委員	氏名		地区名	
			電話番号	
身体の状況	介護認定	要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5		
	身体障害者	1級 ・ 2級 障害名：視覚 聴覚 言語 上肢不自由 下肢不自由 体幹不自由 内部		
	知的障害者	A1 ・ A2		
	精神障害者	1級 ・ 2級		
	難病患者	疾病名：		
	上記以外で、自力での避難が困難な方	状況：		
同居者	有 ・ 無			
避難支援者	有 ・ 無			
	氏名※		住所※	
				電話番号※
緊急時の連絡先	氏名		住所	
			電話番号	

この情報は、災害対策対応及び個別計画調査以外に使用することはありません。

入院及び施設入所された場合は、紀の川市福祉部高齢介護課（77-2511）までご連絡ください。