

フリガナ	フクイ タロウ		生年月日	昭和8年1月1日	性別	
氏名	福井 太郎		(年齢)	(90歳)	男・女	
地区名	順化		自治会名	自治会		
住所又は居所	〒910-8511 福井市 大手3丁目10番1号					
自宅電話番号	-		携帯電話番号	-		
FAX番号	-					
避難支援等を必要とする理由	身体障害者手帳保持者【視覚 聴覚 肢体 内部 その他】【 級】					
	療育手帳保持者【障害程度： 級】					
	要介護認定者【要介護度：要支援 要介護 4 級】					
	精神障害者保健福祉手帳保持者【 級】					
福井市ひとり暮らし等高齢者登録資格認定者						
その他、自力で避難することが困難な者(理由を記入) (理由：)						
自立歩行の状態	可 困難 不可					
支援が必要な時間帯	常時 昼間 夜間 その他(平日のみ)					
緊急時の連絡先 必ず同意をとってから 記入して下さい	氏名	福井 花子		続柄	娘	
	自宅電話番号	-		携帯電話番号	-	

該当するもの全てに入れてください。

該当する「級」「要介護度」等を記入してください。

地域の避難支援者への情報提供に同意することにより、災害発生時における避難行動の際の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、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。

私は、上記の内容を理解し、避難の支援、安否の確認、その他の生命又は身体を災害から保護をうけるために、上記内容(氏名、生年月日、性別、住所、障害種別等の内容、連絡先等)を、福井市地域防災計画に定める避難支援等関係者(自治会長、自治会連合会長、自主防災会長、自主防災組織連絡協議会長、民生委員児童委員、福祉委員、市・地区社会福祉協議会、消防機関、警察機関、地域包括支援センター)に提供することに、同意します。

令和 5 年 月 日 氏名 福井 太郎

代理人等が記入する場合でも本人氏名を記入してください。

同意の意思について、変更の申出がない限り継続とします。

具体的な支援の方法を決めるため、避難支援等関係者が訪問調査を行うことがありますので、その際はご協力ください。

【代理署名者】本人が署名できない場合

フリガナ	フクイ ハナコ		続柄	娘		
氏名	福井 花子		電話番号	-		
住所	〒918-8014 福井市 花堂中 丁目 -					

《注意事項》

- 1. 本人が申請書を記入できない場合でも、代理人等は、本人の同意を得た上で、記入してください。
- 2. 「避難支援等を必要とする理由」には、該当する全ての に に入れてください。

《同意書の提出先》

直接提出...福井市役所 危機管理課・福祉政策課・障がい福祉課・地域包括ケア推進課・介護保険課・地域保健課・健康管理センター
 郵送提出...〒910-8511 福井市大手3丁目10番1号 福井市役所 危機管理課