**福井市避難行動要支援者名簿掲載同意書**

（様式１）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日（年齢） | 　　　　年　　月　　日（　　　歳） | 性別 |
| 氏　　名 |  | 男・女 |
| 地 区 名 |  | 自治会名 | 　　　　　自治会　 |
| 住所又は居所 | 〒福井市 |
| 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：　　　】 |
| □要介護認定者【要介護度：要支援　　　要介護　　　】 |
| □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（　　　　　　　　　　　　） |
| 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 |  | 続柄 |  |
| 自宅電話番号 |  | 携帯電話番号 |  |

|  |
| --- |
| 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　　年　　月　　日 　　氏名　　　　　　　　　　　　 |

※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 |  | 続　　柄 |  |
| 氏　　名 |  | 電話番号 |  |
| 住　　所 | 〒　　　　　　　　　福井市 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （市役所使用欄） |  | （受付印） |
| 登録番号 |  | ＣＤ |  |  |
| 受　　付 | 所属：　　　　　　　担当（　　　　　） |  |
| 入　　力 | □入力（　　　　　）　 |  |