

喜茂別町避難行動要支援者名簿情報提供同意書

<趣旨>

災害対策基本法において、災害時に自ら避難することが困難で、支援が必要と思われる方の名簿作成が市町村に義務づけられました。

名簿に情報を登録し、避難等支援関係者（民生委員児童委員、自治会等）へ提供されることで支援を受けやすくなりますが、必ず支援が保証されるものではありません。

<同意確認>

上記、<趣旨>をご理解の上、名簿登録及び支援者への情報提供に

- 同意します
- 趣旨を理解した上で、同意しません
- 同意するかを判断するため、町からの説明を求めます

令和 年 月 日

本人住所 喜茂別町字

本人署名 _____ (印) (支援区分)

*代理署名 _____ (印) (続柄)

*本人が署名ができない場合のみ

— 以下は、『同意』した方のみご記入いただき、名簿には<基本情報>のみ掲載します—

<基本情報>

フリガナ		性別	明・大・昭・平
氏名		男・女	生年月日 年 月 日
住所	喜茂別町字 (自治会名)	連絡先	自宅 携帯
緊急連絡先①	氏名	続柄	
	住所	連絡先	
緊急連絡先②	氏名	続柄	
	住所	連絡先	

<健康・生活情報>

病院名		
病名(服薬有のみ)		
医療処置	<input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 点滴・注射 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 他	
生活身体状況	移動	<input type="checkbox"/> 一人で歩く <input type="checkbox"/> 杖を使う <input type="checkbox"/> 手押し車 <input type="checkbox"/> 車いす
	食事	<input type="checkbox"/> 自ら食べる <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 特別な食事(栄養剤・アレルギー等)
	トイレ	<input type="checkbox"/> 自らできる <input type="checkbox"/> パッド等使用 <input type="checkbox"/> 介助が必要
	意思	<input type="checkbox"/> 通じる <input type="checkbox"/> 多少通じる <input type="checkbox"/> 難しい
	視力	<input type="checkbox"/> よく見える <input type="checkbox"/> 見えづらい <input type="checkbox"/> あまり見えない
	聴力	<input type="checkbox"/> よく聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえづらい <input type="checkbox"/> あまり聞こえない