

避難行動要支援者確認書

1 確認欄(以下の項目を確認し、該当するチェック欄(□)にレを入れてください)

- ①自力で避難することができる。
- ②同居家族等避難を支援する人がいる
- ③施設入所又は長期入院している。(入所先: _____)

※①から③のいずれかにチェックある場合ここで終了となります。
別添封筒により返送ください。ご協力ありがとうございました。

2 ①から③にチェックがない場合以下にお進みください。

私は、災害時に、避難の支援、安否の確認、その他生命又は身体を災害から保護するために必要な措置を受けるため、避難に必要な情報(*)を、平常時から、関係機関(☆)へ提供することに、

同意します (個人情報の提供に同意します)

情報伝達での注意事項、避難誘導時の留意事項、避難先での留意事項等を記入ください

(_____)

同意しません (個人情報の提供に同意しません)

令和 年 月 日 氏 名 _____

(代筆者) _____ 続柄 _____

電話番号 _____

携帯電話 _____

【近親者及び緊急時の連絡先】

①	フリガナ		続柄	電話番号	
	氏名			携帯電話	
	住所				
②	フリガナ		続柄	電話番号	
	氏名			携帯電話	
	住所				

(*)避難に必要な情報とは、氏名、生年月日、性別、住所、避難支援等を必要とする事由、連絡先等
(☆)関係機関とは、西予市(福祉担当部局、防災担当部局)及び避難支援等関係者(地域づくり組織・自主防災組織、民生委員・児童委員、消防団、社会福祉協議会)

フリガナ		生年月日	
氏 名		性別	
住 所			行政区
問い合わせ先	高齢者・障がい者	要介護認定者	難病患者等
電話番号	福祉課:0894-62-6428	長寿介護課:0894-62-6406	健康づくり推進課:0894-62-6407

宛名番号:00000000

※ 同意することにより、災害時の避難支援が必ずなされることを保証するものではありません。
 ※ 同意の意思について、変更の申出がない限り自動継続とします。
 ※ 個別の避難支援計画を作成するため、同意された方には、地域の地域づくり組織・自主防災組織や民生委員・児童委員、消防団が訪問調査を行いますので、その際は御協力ください。