避難行動要支援者名簿情報提供同意書（兼避難支援個別プラン）

平成　　年　　月　　日

日　光　市　長　　様

私が届け出た個人情報について、避難支援等関係者に事前に提供すること、また、救急医療に関する情報を救急隊と搬送先の医療機関が救急医療に活用することに

□同意します　　□同意しません

【注意１】同意の意思については、変更の申し出がない限り自動継続とします。
【注意２】災害対策基本法では、現に災害が発生し、又は災害が発生するおそれがある場合は、生命又は身体を保護する必要があるときは、同意の有無にかかわらず名簿情報を提供できることとなっています。

ご本人記入欄（該当箇所には◯をつけてください）

※ご自身で記入できないとき、または、未成年者の場合は、代筆者・保護者の署名が必要になります。

住　所	〒 日光市				
フリガナ 氏　名		性別		血液型	Ｒｈ（＋　－） Ａ　ＡＢ　Ｂ　Ｏ
生年月日	明・大・昭・平 年　　月　　日	電話			
避難支援を必要とする理由	□高　齢　者【　高齢者のひとり暮らし　・　高齢者のみ世帯　】 □介護保健認定【要支援　１・２　要介護　１・２・３・４・５】 □身体障害者手帳【障がいの種類：　　等級：　　】 □療　育　手　帳【Ａ１・Ａ２・Ａ・Ｂ１・Ｂ２・Ｂ】 □精神障害者保健福祉手帳【　１級　・　２級　・　３級】 □難　病　患　者 【病　名：　　】 □そ　の　他 【具体的に：　　】				

保護者または代筆者

氏名		連絡先	〒 （電話番号：　　）

【注意３】避難支援等関係者に事前提供する名簿は、避難支援に必要となる以下の項目が記載された名簿です。
氏名、生年月日、性別、住所、電話番号、避難支援を必要とする理由

【注意４】名簿を事前提供する避難支援等関係者は以下のとおりです。
消防機関、警察署、民生委員、市社会福祉協議会、自主防災組織、自治会

○各項目について、該当するところを記入してください。

【　自治会等　】（わかる範囲で記入してください）

所属自治会名	
担当民生委員	
避　難　場　所	

【　避難支援者　】（災害時に避難を手伝ってくれる方：なるべく近所の方に協力をお願いしてください）

1	氏名		関係	
	住所		連絡先	［自　　宅］ ［携帯電話］
2	氏名		関係	
	住所		電話	［自　　宅］ ［携帯電話］

【　配慮事項　】（お体の状況や普段使用している器具等で、特に配慮が必要なことを記入してください）

【　介護保険証　】（介護保険の認定を受けている方のみ記入してください）

被保険者番号	

【 介護サービス 】（介護保険サービスを受けている方のみ記入してください）

指定居宅介護支援事業者 （ケアマネジャーのいるところ）	担　当　者 （ケアマネジャー）

【　健康保険証　】

後期高齢者医療保険	被保険者番号	

または

国民健康保険 ・ 社会保険等	保険者番号	
	記号　ー　番号	ー

【　かかりつけの病院等　】

	病院等　1	病院等　2
病院名		
診察券の番号		
持病等		
服薬内容		
薬の保管場所		

【　緊急時の家族の連絡先　】

1	氏名		続柄	
	住所		連絡先	［自　　宅］ ［携帯電話］ ［勤務先等］ （　　）
2	氏名		続柄	
	住所		連絡先	［自　　宅］ ［携帯電話］ ［勤務先等］ （　　）

【　同居家族の状況　】（連絡がとりやすい電話番号等を記入してください）

氏　　名	続柄	連　絡　先	備　考
		［携帯電話］ ［勤務先等］ （　　）	
		［携帯電話］ ［勤務先等］ （　　）	
		［携帯電話］ ［勤務先等］ （　　）	
		［携帯電話］ ［勤務先等］ （　　）	

これで終わりです。返信用封筒で返送してください。ありがとうございました。

避難行動要支援者名簿情報提供同意書（兼避難支援個別プラン）

記 入 例

平成 27 年 8 月 10 日

日 光 市 長　　様

私が届け出た個人情報について、避難支援等関係者に事前に提供すること、また、救急医療に関する情報を救急隊と搬送先の医療機関が救急医療に活用することに

■同意します　　□同意しません

【注意１】同意の意思については、変更の申し出がない限り自動継続とします。
【注意２】災害対策基本法では、現に災害が発生し、又は災害が発生するおそれがある場合は、生命又は身体を保護する必要があるときは、同意の有無にかかわらず名簿情報を提供できることとなっています。

ご本人記入欄（該当箇所には○をつけてください）

※ご自身で記入できないとき、または、未成年者の場合は、代筆者・保護者の署名が必要になります。

住　所	〒 321－1272 日光市　今市本町１番地				
フリガナ 氏　名	ニッコウ　タロウ 日光　太郎	性別	男	血液型	Rh（＋ －） （A） AB B O
生年月日	昭和１０年　１月　１日	電話	２２－○○○○		
避難支援を必要とする理由	□高　齢　者【　高齢者のひとり暮らし　・　高齢者のみ世帯　】 □介護保険認定【要支援　１・２　要介護　１・２・３・４・５】 □身体障害者手帳【障がいの種類：　　等級：　】 □療　育　手　帳【Ａ１・Ａ２・Ａ・Ｂ１・Ｂ２・Ｂ】 □精神障害者保健福祉手帳【　１級　・　２級　・　３級　】 □難　病　患　者 【病　名：　】 □そ　の　他 【具体的に：　】				

該当する項目に○をつけるか、くわしくご記入ください。

保護者または代筆者

氏名		連絡先	〒 （電話　　）

代筆または未成年者の場合は記載してください。

【注意３】避難支援等関係者に事前提供する名簿は、避難支援に必
氏名、生年月日、性別、住所、電話番号、避難支援を
【注意４】名簿を事前提供する避難支援等関係者は以下のとおり
消防機関、警察署、民生委員、市社会福祉協議会、自主防災組織、自治会

○各項目について、該当するところを記入してください。

【　自治会等　】（わかる範囲で記入してください）

所属自治会名	**小倉町○丁目**
担当民生委員	○○○○
避　難　場　所	**△△小学校**

支援者となる方から必ず承諾を得てください

【　避難支援者　】（災害時に避難を手伝ってくれる方：なるべく近所の方に協力をお願いしてください）

1	氏名	**足尾　一夫**	関係	**隣　人**
	住所	**日光市今市本町１－２**	連絡先	［自　　宅］ ２２－△△△△ ［携帯電話］ ０９０－○○○○－△△△△
2	氏名	**栗山　花子**	関係	**姪**
	住所	**日光市今市本町１－３**	電話	［自　　宅］ ２２－□□□□ ［携帯電話］ ０８０－○○○○－△△△△

【　配慮事項　】（お体の状況や普段使用している器具等で、特に配慮が必要なことを記入してください）

《例》

- **普段から紙おむつを使用している。**
- **車いすを使用している。**
- **食事制限がある。**
- **酸素療法を行っている。**
- **継続的に服薬しないと発作が生じる。**

【　介護保険証　】（介護保険の認定を受けている方のみ記入してください）

被保険者番号	

【 介護サービス 】（介護保険サービスを受けている方のみ記入してください）

指定居宅介護支援事業者 （ケアマネジャーのいるところ）	担　当　者 （ケアマネジャー）
在宅介護支援センター〇〇	**◆◆◆◆◆**

【　健康保険証　】

後期高齢者医療保険	被保険者番号	〇〇〇 ・ △△△△

または

国民健康保険 ・ 社会保険等	保険者番号	
	記号 － 番号	－

【　かかりつけの病院等　】

	病院等　1	病院等　2
病院名	**〇〇病院**	**△△医院**
診察券の番号	××××	□－〇〇〇
持病等	**心臓病**	**腰痛**
服薬内容	**血圧をサラサラにする薬を１日に２回**	**痛みをやわらげる薬**
薬の保管場所	**テレビ脇の引き出し上から２段目**	

【　緊急時の家族の連絡先　】

1	氏名	日光　三郎	続柄	長男
	住所	日光市〇〇町２	連絡先	［自　　宅］５４－△△△△ ［携帯電話］０９０－××××―△△△△ ［勤務先等］ （　　）
2	氏名	今市　好子	続柄	三女
	住所	宇都宮市△町３	連絡先	［自　　宅］０２８－６□□－×××× ［携帯電話］０９０－〇〇〇〇―△△△△ ［勤務先等］０２８－６□□－▽▽▽▽ （　◇◇◇株式会社　　）

【　同居家族の状況　】（連絡がとりやすい電話番号等を記入してください）

氏　　名	続柄	連　絡　先	備　考
日光　〇〇	妻	［携帯電話］０８０－□□□□―〇〇〇〇 ［勤務先等］０２８－６××－▲▲▲▲ （　　☆☆☆☆商店　　）	
		［携帯電話］ ［勤務先等］ （　　）	
		［携帯電話］ ［勤務先等］ （　　）	
		［携帯電話］ ［勤務先等］ （　　）	

これで終わりです。返信用封筒で返送してください。ありがとうございました。