

避難行動要支援者支援制度 意向調査書

【R7】

災害時に、安全な場所へ自力で避難することが難しい方が、避難行動要支援者名簿への掲載の対象となります。この制度は、避難支援等関係者のご協力による支援であり、支援を保証するものではありません。また、避難支援等関係者は法的な責任や義務を負うものではありません。避難支援等関係者及び地域とは、自治会、民生委員・児童委員、地区社会福祉協議会を指しています。同意された場合、地域の避難支援の体制づくりのために、避難支援等関係者に情報は共有されます。

次の 1～4のいずれか1つに ☒ のうえ、下欄に個人情報（氏名・住所・生年月日・電話番号・FAX番号など）をご記入ください。1に ☒ を入れた方のみ、個人情報を避難行動要支援者名簿に掲載し、避難行動の支援に活用します。

☐ 1 地域の支援を必要とするので、避難行動要支援者名簿の掲載に同意する。 支援を必要とする理由を必ずご記入ください。

例：寝たきり、一人では歩けない など。

☐ 2 地域への名簿の掲載に同意しない。

☐ 3 今現在は地域の支援を必要としない。

☐ 4 長期入院中や施設入所中などで、現住所に住んでいない。

施設名：

令和 年 月 日

対象となる方の

氏 名： (男 ・ 女)

住 所：大和市

生年月日：大・昭・平・令 年 月 日 (歳)

電話番号： 携帯番号：

FAX番号： メールアドレス：

※1 代理で署名した場合は代理者についてご記入ください。

氏名： 続柄：

住所： 電話番号：

※2 回答内容に関わらず、災害時に安否確認等が必要と市が判断した時は、警察や消防等へ情報提供をする場合があります。

※3 市で施設入所を確認した場合は、同制度の対象外となるため、名簿に掲載しません。