避難支援情報登録書兼情報提供同意書（個別避難計画）

様式第１号（第５関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金ケ崎町長　様  　私は、災害発生時に支援が必要となるため、私が届け出た次の個人情報が、災害発生に備え、平時より避難支援等関係者に提供されることに同意します。  ※避難支援等関係者とは、避難支援等の実施に携わる自主防災組織、自治会、民生委員、金ケ崎町社会福祉協議会、奥州金ケ崎行政事務組合消防本部、金ケ崎町消防団、警察署及びその他避難支援等の実施に携わる関係者のことです。災害発生時の避難支援等は、避難支援等関係者自身やそのご家族の身の安全が前提のため、必ず支援が受けられると保証するものではありません。  申込年月日：　　　　　年　　　　月　　　　日  本人（代理人）署名 | | | | | | | | | |
| フリガナ  氏　　名 |  | | 性　別 | | | | 生年月日 | | |
| 男・女 | | | | 年　　　月　　　日生 | | |
| 住　　所 | 金ケ崎町 | | 連絡先 | | | | 自宅電話：  携帯電話：  その他： | | |
| 記入者氏名 | （続柄：　　　） | | | | | 登録区分（該当する区分に☑をしてください。） | | | |
| ☑ 新規　 □ 変更 | | | |
| 登録区分（該当する区分に☑をしてください。） | | | | | | | | | |
| □ 要介護認定者 　□ 身体障がい者　 □ 知的障がい者　 □ 精神障がい者  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 避難支援について | | | | | | | | | |
| 【支援が必要な理由：あてはまるものすべてに☑をつけてください】  □立つことや歩行ができない（足腰が弱っている）　□ものが見えない（見えにくい）  □音が聞こえない（聞こえにくい）　□危険かどうか判断できない（判断能力が落ちている）  □言葉や文字の理解が難しい　□その他  【必要な支援について：（例：安否確認、避難所までの移動支援など）】  【避難時に持ち出す物（薬など）】  【その他 留意事項（移動に際し、車イス・ストレッチャーが必要など）】 | | | | | | | | | |
| 緊急時の連絡先　※同居親族がいない場合を除き、同居親族の記入をお願いします。 | | | | | | | | | |
| フリガナ  氏　　名 | | （続柄：　　　） | | | 連絡先 | | | 自宅電話：  携帯電話：  その他： | |
| 住　　所 | | 同居・同居以外（住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| フリガナ  氏　　名 | | （続柄：　　　） | | | 連絡先 | | | 自宅電話：  携帯電話：  その他： | |
| 住　　所 | | 同居・同居以外（住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 避難支援等実施者  「避難支援等実施者」（同居の家族を除く。）とは、緊急時にあなたの避難を可能な範囲で手助けしてくれる人を言います。個人単位での登録ではなく、組織や団体での登録も可能です（その場合、代表者の住所、連絡先を記載）。記入に当たっては、あらかじめその人の同意を得てください。災害発生時の避難支援等は、避難支援等実施者自身やそのご家族の身の安全が前提のため、必ず支援が受けられると保証するものではありません。 | | | | | | | | | |
| フリガナ  氏名・組織名 | |  | | 連絡先 | | | | 自宅電話：  携帯電話：  その他： | |
| 住　　所 | | 金ケ崎町 | | 備　考 | | | |  | |
| フリガナ  氏名・組織名 | |  | | 連絡先 | | | | 自宅電話：  携帯電話：  その他： | |
| 住　　所 | | 金ケ崎町 | | 備　考 | | | |  | |
| 行政区・指定避難場所 | | | | | | | | | |
| 行政区 | | 行政区 | 指定避難  場　　所 | | | | | |  |
| 補足事項（指定避難場所までの避難経路等） | |  | | | | | | | |