

避難行動要支援者名簿情報提供の同意確認書

以下の内容をご確認いただき、太枠内を記入してください。

名簿情報	フリガナ		性別		生年月日	
	氏名				電話番号	- -
	住所				連絡先	
	居所	いずれかにチェックしてください				FAX番号
	※上記住所と異なる場合のみ記入	<input type="checkbox"/> 施設・入院 (施設名等: _____)				
	<input type="checkbox"/> 親族・知人宅 (住所: _____)					
	小学校区		町会名			
	避難支援等を必要とする理由	高齢者	介護	障害	その他	

私は、上記の名簿情報が、災害の発生に備えて避難支援等関係者へ提供されることに

いずれかに
チェックして
ください

- 同意します**
 同意しません

理由 →

- 自分で避難できる
- 家族、同居人が支援してくれる
- 個人情報を知られたくない
- 病院や施設に長期間入院、入所している
- その他 (_____)

※「同意しません」の場合は、理由もチェックしてください。

令和 年 月 日

(宛先) 金沢市長

氏名(本人)

(署名又は記名押印)

備考

- 1 該当する□の中にレ印を付けてください。
- 2 本人が署名する場合は、押印不要です。

同意確認書 提出者 (提出者が本人と異なる場合のみ記入)	住所	電話番号	FAX番号
	氏名		本人との続柄

緊急時の家族等の連絡先 (下欄の情報については、避難支援等関係者には提供しません。)

氏名		本人との続柄	
住所		電話番号	- -
		FAX番号	- -