

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 氏 名		性別		生年月日		
	住 所				電話番号	- - -	
	居 所	いざれかにチェックしてください			連絡先	F A X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	

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

**いざれかに
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 ()

(宛先) 金沢市長

氏 名(本人)

令和 年 月 日

(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	F A X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	- - -
		F A X番号	- - -