

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             |  |  |     |  |      |       |     |   |
|               | 住 所             |  |  |     |  | 連絡先  | 電話番号  | -   | - |
|               | 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<br>(施設名等： ) |  |     |  |      |       |     |   |
|               |                 | <input type="checkbox"/> 親族・知人宅<br>(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。

(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<br>提出者<br><br>(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  | - | - |