

710-XXXX

9999-9

倉敷市 西中新田 XXX 番地

XX XX 様

バーコード①

この同意確認書は、左記の宛名欄に記載のある方の意思確認を行うものです。同封の依頼文をよくお読みになり、必要事項を記入して必ず返信してください。

バーコード②

XXX

避難行動要支援者名簿 同意確認書

署名・連絡先をご記入いただき、次の質問にご回答ください。

署名 XXXX XXXX	電話 () -	FAX () -
	携帯電話 ※携帯電話をお持ちの方はご記入ください。 () —	

ご本人以外が署名された場合は、次の代筆者欄をご記入ください。

代筆者氏名		本人との続柄	
代筆者住所		代筆者連絡先	() -

【質問項目】

①災害が起きる可能性があるときに、徒歩や車などにより自力で、または家族の支援を受けて安全な場所へ避難することができますか。どちらかに☑を入れてください。

- 自力で、または家族の支援を受けて避難できる → これで質問は終了です。
- 家族以外の支援がないと避難できない → ②の質問にご回答ください。

「自力、または家族の支援を受けて避難できる」と回答され、②以降にも回答された場合は、①の回答を優先します。

②現在の主な生活場所はどこですか。どちらかに☑を入れてください。

- 自宅 → ③の質問にご回答ください。
- 施設又は病院（長期入院） → これで質問は終了です。

③裏面に記載されている同意上の注意点を十分に理解した上で、避難支援等関係者（*1）へご自分の情報（*2）を提供することに同意しますか。どちらかに☑を入れてください。

- 同意します → ④の質問にご回答ください。
- 同意しません → これで質問は終了です。

③で同意された方は、裏面もご確認ください。

避難支援等関係者に知らせたいことがある場合のみご回答ください。

④次のうち、あてはまるもの全てに☑を入れてください。

- 自力で避難の判断ができない（声をかけられないと避難のタイミングが分からない。）
- 自力での歩行が困難（車椅子などを使用している。）
- その他（支援を受ける場合に配慮して欲しいことがあれば記入してください。）

例：聴覚障がいがある，視覚障がいがある

【同意上の注意点】

避難支援等関係者への情報提供に同意することにより、避難支援等を受ける可能性が高まりますが、避難支援者自身の安全が前提のため、同意によって避難行動の支援が必ずなされること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、避難支援等に関して法的な責任や義務を負うものではありません。

- * 1 避難支援等関係者：公的機関（警察・消防機関等）・自主防災組織・民生委員・市社会福祉協議会
その他の市が認めた避難支援等の実施に携わる関係者
- * 2 自分の情報：氏名，生年月日，年齢，性別，住所，連絡先，心身の状況，及び④の回答内容等