


【 新規 ・ 変更 】

避難行動要支援者の個人情報提供に関する同意等確認書

大村市長 様

私は、災害時に、安否の確認、避難の支援を必要とするため、「避難行動要支援者登録のご案内」を了承の上、下記の個人情報を平常時から避難支援等関係者に提供することに

- 同意します
同意しません 
- (いずれかを選んでください)
- 福祉施設、病院等に入所・長期入院中のため
 - 家族等の支援が見込まれるため
 - （その他）


フリガナ		性 別	男 ・ 女
氏 名	印	生年月日	年 月 日
住 所	大村市	町内会名	町内会
連絡先	自宅	携帯	
	FAX	メールアドレス	
該当するものに✓をしてください	<input type="checkbox"/> 要介護認定3～5を受けている <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1・2級の第1種を所持（心臓、じん臓機能障害のみを除く） <input type="checkbox"/> 療育手帳Aを所持 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳1級を所持 <input type="checkbox"/> 大村市災害時要援護者名簿への登録者		
あなたの身体状況等について✓してください	<input type="checkbox"/> 立つことや歩行ができない <input type="checkbox"/> 音が聞こえない（聞き取りにくい） <input type="checkbox"/> 物が見えない（見えにくい） <input type="checkbox"/> 危険なことを判断できない <input type="checkbox"/> その他（ ） 【コミュニケーションについて】 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 手段があればできる <input type="checkbox"/> できない 【コミュニケーションに必要な手段】 <input type="checkbox"/> 大きな声 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 絵カード・写真 <input type="checkbox"/> ジェスチャー <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> その他（ ） 【屋外へ避難する際必要なもの】 <input type="checkbox"/> 人の支え <input type="checkbox"/> 杖など <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 特に必要なし <input type="checkbox"/> その他（ ）		

【代理署名欄】 本人が署名できない場合

年 月 日

(住所) _____

(氏名) _____ 印 (続柄) _____)

裏面も必ずご確認ください 

1 手続きの方法

あなたの個人情報については、市が作成した「避難行動要支援者名簿」に登録されています。

避難支援等関係者への名簿情報の提供に同意いただけるか否かを、この用紙にご記入のうえ、同封の返信用封筒を利用されるか、または、下記へご提出をお願いします。

なお、同意の意思について、変更の申出がない限り自動継続とします。

〈提出先〉・(大村市役所内) 福祉総務課、安全対策課
・(中心市街地複合ビル2階) 長寿介護課、障がい福祉課
・出張所

2 名簿情報の取り扱いについて

提供する名簿情報は、防災目的・災害時の避難支援や救助目的以外に使用しません。提供先には災害対策基本法による守秘義務が課せられています。

名簿情報の提供にあたっては、提供先と協定を取りかわし、個人情報の適正な取扱い及び管理に細心の注意を払うこととします。

3 避難行動要支援者へのお願い

避難支援等関係者に対しての情報提供に同意いただいても、災害時の状況によっては、必ずしも避難支援等関係者からの支援を受けられるとは限りません。

そのため、避難行動要支援者名簿に登録された方も、「自分の身は自分で守る」という自助の意識を持ち、食糧の備蓄や家具の固定など、できる限りの備えを実践していただくようお願いします。

〈同意書の提出・お問い合わせはこちらへ〉



① 大村市玖島 1 丁目 25 番地 (大村市役所内)

福祉総務課 ☎ 0957-53-4111 (内線 151)

Fax 0957-52-6930

安全対策課 ☎ 0957-53-4111 (内線 217・228)

② 大村市本町 458 番地 2 (中心市街地複合ビル2階)

長寿介護課 ☎ 0957-20-7301

障がい福祉課 ☎ 0957-20-7306

③ 【提出のみ】 大村市内の各出張所

※受付時間は、平日の 8 時 45 分～17 時 00 分までです。