様式第１号(第4条関係)

避難行動要支援者名簿の提供に関する同意書　兼　個別避難計画

この書類は、日頃から避難支援等関係者に情報を提供し、災害時の避難支援に役立てるものです。
以下の質問に対し、どちらかにチェック☑を入れて下さい。

問1　あなたは、施設に入所中または長期入院中ですか？

施設に入所している方や長期間病院に入院している方の災害時の避難は、施設または病院での対応となるため、避難行動要支援者名簿の対象となりません。

□ はい

名簿に登録されず、個人情報の外部提供もしません。
※下の署名欄にご記入のうえ、返信してください。

□ いいえ

問2　災害に備えて日頃から見守り活動に活用するために、あなたの個人情報を避難支援等関係者に提供してもよいですか？

災害時の安否確認や避難支援を受けるため、あなたの情報（氏名、住所のほか、障害者手帳、要介護認定、疾患など）を避難支援等関係者に提供してもよいですか？

□ 同意します

名簿に登録され、個人情報を地域の避難支援等関係者に提供します。
※下の署名欄と、裏面(個別避難計画)までご記入のうえ、返信してください。

□ 同意しません

名簿に登録されますが、個人情報の外部提供はしません。
※下の署名欄にご記入のうえ、返信してください。

署名欄		
	記入日:令和　　年　　月　　日	住所
	お名前(本人)	宜野湾市
	生年月日(本人) 大・昭・平・令 年　　月　　日	代理人(記入者が本人でない場合) 本人との関係(　　)

※避難支援等関係者への情報提供に同意することにより、災害発生時に避難支援を得られる可能性が高まりますが、支援者自身やその家族などの安全が確保されていることが前提のため、同意によって災害時の避難支援が必ず受けられることを保障するものではありません。

問2で「同意します」の方は裏面までご記入ください⇒

宜野湾市　個別避難計画

※ご記入いただける範囲でかまいません。

本人の情報	フリガナ		男・女	生年月日	大・昭・平・令　年　月　日（　歳）
	お名前				
	住所	〒		電話	
	メール			FAX	

緊急連絡先(家族等)	①	お名前		続柄		電話	
		住所		避難支援	□できる⇒ □できない	支援できること	□避難情報を伝える □一緒に避難先へ行く □その他(　)
	②	お名前		続柄		電話	
		住所		避難支援	□できる⇒ □できない	支援できること	□避難情報を伝える □一緒に避難先へ行く □その他(　)

かかりつけ病院	病院名		担当医	
	治療中の病気		電話	
	服用しているお薬	（お薬手帳のコピーを添付してもかまいません。）		

利用している福祉サービス事業所名		担当（相談支援専門員、ケアマネジャー等）	
		電話	

避難について	避難場所		避難所	
	避難時に気をつけること	□立つことや歩行ができない　□音が聞き取りにくい　□顔を見ても知人がわからない □物が見えにくい　□言葉の理解がむずかしい　□環境変化に不安を感じやすい □医療機器の電源が必要　□人工呼吸器を使用　□人工肛門(ストマ) □酸素が随時必要　□人工透析　□たん吸引が必要　□吸入器を使用 □導尿　□その他(　)		

避難支援者	①	お名前		関係	電話	
		住所			メール	
		支援できること	□避難情報を伝える　□一緒に避難先へ行く　□その他(　)			
	②	お名前		関係	電話	
		住所			メール	
		支援できること	□避難情報を伝える　□一緒に避難先へ行く　□その他(　)			

※緊急連絡先および避難支援者の欄は本人の同意を得てご記入ください。

※災害の発生時には、支援する側も、まずはご自身やご家族の安全確保が最優先となるため、可能な範囲での支援となります。また、避難支援者は、法的な責任や義務を負うものではありません。