

# 安城市避難行動要支援者名簿情報提供同意書兼個人台帳

安城市長

私は、下記の内容(裏面を除く。)を平常時から避難支援等関係者(自主防災組織、町内会、民生委員、社会福祉協議会、地域包括支援センター、地域支援者及び警察)に提供すること及び内容に変更が生じた場合は、随時提供し直すことに

同意します。  同意しません。(入所・入院・その他)

年 月 日

代理人住所

本人氏名 (※1)

代理人氏名 (※2) (続柄 )

※1 本人(代理人)が手書きしない場合は、記名押印してください。

※2 代理人本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

自主防災組織	民生委員 氏名	電話
--------	------------	----

要支援者 ①高齢者(ひとり暮らし・要介護・寝たきり・認知症) ②日中独居高齢者 ③高齢者のみ世帯  
④障害者(身体障害・知的障害・発達障害・精神障害・難病) ⑤その他( )

住所	電話
	その他連絡先 (FAX、メールアドレス等)

フリガナ 氏名	性別 男女	生年月日 年 月 日	家族構成 (本人含む。) 人
------------	----------	---------------	-------------------

緊急時連絡先	フリガナ氏名	続柄	電話番号		
			自宅	携帯	勤務先
	①		☎	☎	☎
	②		☎	☎	☎

災害時の避難予定場所(避難所)

①(第1候補)

②(第2候補)

特記事項

(必要な保健・医療・福祉サービス)

地域支援者(隣近所・福祉委員等) ※地域支援者了解の上できるだけ記入してください。

住所 フリガナ氏名 電話	世帯主	住所 フリガナ氏名 電話	世帯主
住所 フリガナ氏名 電話	世帯主	住所 フリガナ氏名 電話	世帯主

この台帳に関する情報は、災害発生時に地域の援護により生命等の安全を図るもののほか、日頃の支援活動に利用するものであり、それ以外の用途に使用することや情報を漏らすことを禁止します。

作成	年 月 日		
変更	年 月 日	理由	
廃止	年 月 日	理由	
整理番号		個人CD	

安城市長

福祉部長

裏面あり

