

避難行動要支援者登録について

フリガナ		生年月日
氏名		
住所		T・S・H 年 月 日

同意書

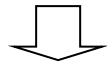
長崎市長 様

私は、災害が発生した場合、自力での避難ができないため、事前に名簿情報を（※）避難支援等関係者へ提供することに同意します。

（※）避難支援等関係者：長崎市防災計画に定める、消防局、自治会、民生委員・児童委員、警察、地域包括支援センター等の避難時に支援を行う関係者

同意します

同意しません



※同意される方のみ、下記項目を御記入ください。

避難支援等を必要とする事由	<input type="checkbox"/> 介護保険の認定を受けている：要介護状態区分（ ） <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳所持：等級（ 種 級 ） <input type="checkbox"/> 特定医療費（指定難病）受給者証 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
電話番号		FAX 番号	
携帯電話番号		メールアドレス	
同意年月日 平成 年 月 日			
本人氏名 _____		代筆者氏名 _____（続柄 ）	
※本人が記入できない場合のみ御記入ください			

（避難支援等関係者は、法的な責任や義務を負うものではありません。また、同意によって、災害時の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。）

※同意の意思について、変更の申し出がない限り自動継続されます。

長崎市