

避難行動要支援者名簿情報の外部提供に関する同意書

1. 本人情報(名簿情報)

フリガナ		生年月日	大昭 平令	年	月	日
氏名		性別				
住所又は居所	熊本市区					
電話番号 その他の連絡先						
避難支援を必要とする事由	☐ 要介護認定（３・４・５） ☐ 身体障害者手帳（１級・２級） ☐ 療育手帳（Ａ１・Ａ２） ☐ 精神障害者保健福祉手帳（１級・２級） ☐ 指定難病医療受給者 ☐ その他（ ）					

熊本市長 様

上記、名簿情報を平常時から避難支援等関係者(消防機関、熊本県警察、民生委員、町内自治会、自主防災クラブなど)に提供することに同意しますか。

☐ 同意します

☐ 同意しません

(同意しない場合その理由)

- ☐ 身近に避難支援をしてくれる人がいるから ☐ 個人情報を提供したくないから
☐ その他（ ）

令和 年 月 日 本人氏名

(代理人)氏 名 (本人との関係)

登録者本人が「自署できない」場合は、代理人が記入してください。

※同意の有無にかかわらず、災害時には災害対策基本法に基づき、避難支援等関係者に対して、名簿情報等を提供することがございます。