

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	<input type="checkbox"/> 要介護認定(3 ・ 4 ・ 5) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(1 級 ・ 2 級) <input type="checkbox"/> 療育手帳(A1 ・ A2) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳(1 級 ・ 2 級) <input type="checkbox"/> 指定難病医療受給者 <input type="checkbox"/> その他()					

熊本市長 様

上記、名簿情報を平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。