

〒196-0000

昭島市〇〇町〇-〇〇-〇〇〇

昭島 太郎 様

(バーコード挿入)

[0000000]

記入例

第1号様式（第4条関係）（表）

情報提供同意確認書

この情報提供同意確認書は、災害が発生した（する）時、ご自身での避難が困難な方の円滑な避難支援に役立てるため、あらかじめ平常時から避難支援等関係者（消防署、消防団、警察署、民生委員・児童委員、社会福祉協議会、自主防災組織、自治会及び昭島市関係機関（市と名簿の提供について覚書を締結した避難支援等関係者に限る。））へ裏面の内容を情報提供することに対して、ご本人の同意の意思を確認するものです。

ご自身の情報をあらかじめ避難支援等関係者に提供することにより、災害発生時に避難支援を受ける可能性が高まりますが、避難支援等関係者自身やその家族などの安全が前提となるため、災害時における避難支援が必ず実施されることが保証されるものではありません。また、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。

上記の内容と下記の注意事項を理解し、この情報提供同意確認書の内容をあらかじめ避難支援等関係者に情報提供することについて（※1）、

☒ 同意します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

☐ 同意しません。

※2 該当の方のみ

☐ 介護老人福祉施設に入所中

☐ 医療機関に長期入院中

要支援者氏名

(代筆者氏名

昭島 太郎

昭島 花子

)

※1 上記のどちらかの□にチェックをし、年月日、要支援者氏名及び裏面を記入。

※2 介護老人福祉施設等に入所している方、病院や医療機関に長期入院している方は、「同意しません。」にチェックをしたうえ、該当する事由にチェック（在宅の方を対象とする制度のため）。裏面の記入は不要。

注意事項

- 1 同意していただいた場合、平常時から避難支援等関係者へ裏面の名簿情報を提供します。
- 2 同意の意思について変更のない限り、自動継続とします。
- 3 回答期限は 令和〇〇年〇〇月〇〇日です。同封の返信用封筒で返送してください。
- 4 この期限までに「情報提供同意確認書」の返送がなかった場合は、「同意しない」との取扱いとし、平常時には避難支援等関係者に名簿情報は提供いたしません。
- 5 避難支援等関係者が確認のため訪問等をする場合はご協力をお願いします。
- 6 同意しない場合でも、災害が発生した（する）時には生命保護のため法律に基づき名簿を避難支援等関係者に提供する場合があることをご理解ください。

第1号様式（裏）

以下に記入いただく情報の取扱いについて	
表面で「同意します。」にチェックした方	表面で「同意しません。」にチェックした方
災害が起きる前の平常時より避難支援等関係者（表面参照）へ情報提供します。	市で管理して、発災時に活用することとしています。ただし、発災時には避難支援等関係者（表面参照）へ情報提供する場合があります。

要支援者情報	※要支援者本人の承諾があれば、代筆は可能です。 ※代筆をされた場合は、代筆者氏名の記入をお願いします。		
フリガナ	アキシマ タロウ	連 絡 先	
要支援者氏名	昭島 太郎	自宅電話	×××-××××-××××
		携帯電話	×××-××××-××××
	代筆者氏名 昭島 花子	自宅FAX	×××-××××-××××
生年月日	昭和××年××月××日（××歳）	性 別	男 ・ 女
住 所	〒196-××××		
	昭島市〇〇町〇〇-〇〇-〇〇		

避難支援等を必要とする事由	※ 該当する項目にチェック（✓）を付けてください。 ※ 該当する番号を○で囲んでください。
☐ 要介護者 ☒ 障害者手帳所持者 1. 身体障害者手帳 2. 愛の手帳 3. 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 難病患者（障害者手帳所持者） ☒ 在宅人工呼吸器の使用（1. 気管切開 2. マスク使用） ※ 避難支援等を必要とする心身の状態や家庭の事情など 身体障害者手帳を持っている。一人暮らしなので災害が起こったとき避難するのが難しい。	

緊急時の連絡先	※ 必ず、相手方の承諾を得てください。該当者がいなければ記入不要です。		
フリガナ	アキシマ ジロウ	連 絡 先	
氏 名	昭島 次郎	電話（自宅又は携帯）	×××-××××-××××
		F A X	×××-××××-××××
住 所	〒196-××××	申請者との関係	
		☒ 家族 ☐ 親族 ☐ 友人・知人 ☐ その他（ ）	