

避難行動要支援者同意確認届出書

あなたの情報を地域の支援者へ提供することについてお伺いします。

正確な情報を事前に提供することで、平常時や災害時に迅速かつ適切な支援を受けやすくなります。また、ご自身やご家族の安全確保に役立ちます。

ご協力をお願いいたします。

※なお、災害時の支援は必ずしも保証されるものではありません。

情報提供の同意について、いずれかに☑をついてください。

☒ 同意します。⇒下の太枠欄に記入してください。

☐ 同意しません。⇒ウラ面のみ記入してください。

いずれかに☑してください。
施設入所などは同意しませんに
☑してウラ面を記入ください。

ふりがな 氏 名	さが たろう 佐賀 太郎	性別 男	生年月日 昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日
自宅電話	0952-〇〇-〇〇〇〇	携帯電話	080-〇〇〇〇-〇〇〇〇
住 所	佐賀市〇〇町〇番〇号		
緊急連絡先 (あなた以外)	(氏名) 佐賀 桜 (間柄) 母 (電話番号) 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
避難支援 の 程 度 (当てはまる ものに☑)	☐ 自力で避難できるが、避難指示等の情報を教えてほしい ☒ 寝たきり等で自力避難が困難なので、避難時に手助けがほしい ☐ その他【 】		

上記の内容に相違ありません

令和〇年〇月〇日

※代理人記入はこちら

氏名

代理人 佐賀 桜 (間柄) 母

同意しない理由を下記のいずれかに☑をつけてください。

※あなたの情報は地域の支援者へ提供しません。

☐施設入所のため。

☐長期入院のため。

☐自力で避難できる。

☐身近に支援をしてくれる人がいる。

☐個人情報を提供したくない。

☐その他(枠内に記載してください。)



A large, empty rectangular box with rounded corners and a blue border, intended for the user to write their reason for not consenting.

【お問合せ先】佐賀市 福祉総務課 政策係
電話番号：0952-40-7249