

同意確認書（名簿情報）

フリガナ	コウチ タロウ		
氏名	高知 太郎		
生年月日	〇年〇月〇日	性別	男
住所	高知市本町〇丁目		
該当要件	<input type="checkbox"/> 要介護認定3～5 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1級（身体障害者） <input checked="" type="checkbox"/> 療育手帳A1・A2 該当する要件に✓をお願いします。 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳1級 <input type="checkbox"/> 部分介助及び全面介助を要する在宅難病患者		

※あらかじめ記載されている内容は、時点の住民基本台帳の情報及び市・県の情報を基に作成しています。

※該当する場合のみ

入院・入所	<input type="checkbox"/> 現在入院・入所中	いずれかに✓された場合は、名簿に掲載されません。
自力避難	<input type="checkbox"/> 自力で避難すること	

上の欄にチェックされた方は、以降の記入は不要です。

居住地	※上記住所と異なる場合のみ記入 高知市上町〇丁目		
自宅電話	〇〇〇-〇〇〇〇	携帯電話	— —
FAX	—	メールアドレス	
介護・障害福祉事業所	※個別支援計画を作成している事業所、ケアマネジャーや相談員の名称を記入		

高知市長 あて

私は、平常時からの見守り活動、災害発生時の避難の支援、安否の確認その他災害から保護を受けるために、同意によって災害時の避難の支援が必ず保証されるものではないこと、避難支援者は法的な責任や義務を負うものではないこと、避難支援等関係者に対して、上記内容に加えて利用中の介護・障害福祉事業所等から提供すること及び、②同事業所に対して、上記内容を平常時から提供することについて、

同意します。

※変更の申し出がない限り、同意・不同意は自動継続します。

同意しません。

同意されない場合、その理由を教えてください。

- 1 自身の情報を知られたくない
- 2 その他 ()

令和 年 月 日

【本人署名】

氏名

日付入りでご署名をお願いします。
印鑑は必要ありません。

【代理署名】

※本人が自筆できない場合や同意についての判断が困難な場合は代理の方の署名をお願いします。

なお、代理者の情報は、避難支援等関係者及び介護・障害福祉事業所に提供されます。

代理者氏名

代理者住所

代理署名の場合は、ご本人の意思・状況等をご確認の上、ご署名をお願いします。

留意事項

【今回お知らせをお送りしている方】

高知市に住民登録がある方のうち、次の要件のいずれかに該当する方（病院・施設等に住民登録がある方は除きます。）

- ア 要介護認定3～5を受けている方
- イ 身体障害者手帳1・2級（総合等級）を所持する方
- ウ 療育手帳Aを所持する方
- エ 精神障害者保健福祉手帳1級を所持する方
- オ 日常生活において部分介助及び全面介助を要する在宅難病患者

【長期入院・入所中の方へ】

この取組は、生活の基盤が自宅にある方を対象としています。長期入院・入所中の方については、病院・施設で避難支援が行われるため、名簿に掲載いたしませんので、同意確認書の「入院・入所」欄にチェックを入れてください。その他の項目については記入不要です。

※ 同意でご返送いただいた後に長期入院・入所となった場合は、本取組の対象外となります。

【自力避難可と回答後、避難支援が必要となった場合】

自力避難が可能と回答された場合は名簿には掲載されなくなりますが、身体や生活状況の変化などにより支援が必要となった場合は再度掲載いたしますので、地域防災推進課（823-9040）までご連絡ください。

【同意で回答された後の流れについて】

同意された方の名簿情報は、地域の民生委員や自主防災組織会長などの避難支援等関係者に提供されます。避難支援等関係者は、名簿情報に基づいて平常時の見守り活動や避難訓練等への参加呼びかけなどを行うほか、災害時の避難方法を定めた個別避難計画作成のため、同意された方のご自宅を訪問する場合がありますのでご了解ください。

【同意確認書提出後、同意・不同意のご意思が変わった場合】

同意・不同意のご意思が変わった場合は、地域防災推進課（823-9040）までご連絡いただければ、改めてこちらから文書を送付いたします。