（令和６年度実施用）

**同意確認書（名簿情報）**

　別紙①

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | |
| 氏名 |  | | |
| 生年月日 |  | 性　　別 |  |
| 住所 |  | | |
| 該当要件 |  | | |

※該当する場合のみ

|  |  |
| --- | --- |
| 入院・入所 | ☐ 現在 入院・入所中であり、今後ご自宅での生活が困難な方 |
| 自力避難 | ☐ 自力で 避難することができる方 |

**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 |  | | |
| 自宅電話 |  | 携帯電話 |  |
| ＦＡＸ |  | メールアドレス |  |
| 介護・障害福祉事業所 |  | | |

|  |
| --- |
| 五城目町長　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を十分理解した上で、①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・障害福祉事業所の情報を平常時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  　　　　　　年　　　月　　　 日  〔　　　　　　〕  【本人署名】  氏 名  【代理署名】※本人が自署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は提供されません。  代理者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人との関係（ 　　　　　　　）  代理者住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代理者電話番号 |