

様式2 避難行動要支援者名簿の提供に係る同意確認書 資料2

本同意確認書は、災害が発生し、又は災害が発生するおそれがある場合に自ら避難すること、迅速な避難の確保を図るために、平常時から避難支援等関係者（自委員・児童委員、地域包括支援センター等）へ情報提供することに対し、あらかじめご本人の同意の意思を確認するものです。

（宛先）茅ヶ崎市長

代理人（家族等）が記入した場合に記入

次のとおり避難行動要支援者同意確認書を届出します。

記入日	令和〇年 △△月 ××日	代理人による 記入の場合	氏名：チガサキ ハナコ 姓：茅ヶ崎　名：花子 続柄：妻
フリガナ	チガサキ タロウ	血液型	A・B・O AB・その他（ ）不明
氏名	茅ヶ崎 太郎		
生年月日	T S H・R 〇年 △月 ××日	性別	男・女
住所	〒253-〇〇〇〇 茅ヶ崎市 本村〇丁目△番×号		
電話番号	0467(〇〇)××××	携帯電話 番号	090(××××)〇〇〇〇
FAX番号	0467(〇〇)△△△△	メール アドレス	

避難行動要支援者は、避難支援等関係者への情報提供に同意することにより、災害時に避難支援を受ける可能性が高まりますが、避難支援等関係者やご家族などの安全が前提のため、同意によって、災害時の支援が必ずなされることを保証す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。

上記の内容を理解し、避難支援、安否確認、その他生命又は身体について災害からの保護を受けるために、本同意確認書に「同意します」を選択して下さい。

平常時から避難支援等関係者

「同意します」を選択した場合のみ裏面を記入してください。

いざれかに✓をつけてください。

同意します → 表面及び裏面の記入をお願いいたします

→ 平常時から避難支援等関係者（自治会、自主防災組織、民生委員・児童委員、地域包括支援センター等）へ情報が提供されます。

同意しません → 表面のみ記入をお願いいたします

→ 災害発生時には、情報が提供されます。

長期入院・施設入所等により自宅にいません（市内・市外）

→ 表面のみ記入をお願いいたします

→ ここに該当する場

→ 避難行動要支援者の対象とはなりません。

長期入院・施設入所等を選択した場合は、市内・市外のどちらかに「○」を付けてください。

※変更の日  
更が生じた  
域に情報提

施設とは、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅等です。長期入院や施設入所等に該当する方は、避難行動要支援者の対象となりません。

について変  
いても地

## 記入例(裏面)

避難支援に配慮が必要な詳細情報（該当する項目に☑をつけてください。）

(その他心身の状況等避難支援等の実施に関し市長が特に必要な記入事項)

該当する項目に☑をつけてください。

世帯 状況	日中	<input checked="" type="checkbox"/> ひとり <input type="checkbox"/> 家族等と同居（本人含む人）		
	夜間	<input type="checkbox"/> ひとり <input checked="" type="checkbox"/> 家族等と同居（本人含む3人）		
日中の過ごし方	<input checked="" type="checkbox"/> 在宅 <input checked="" type="checkbox"/> 通所している（施設名：デイサービス○△□（週2日）） <input type="checkbox"/> その他（）			
居住建物の構造	<input checked="" type="checkbox"/> 戸建（2階建） <input type="checkbox"/> 集合（共同）住宅（階建の階に居住）			
居住場所	日中	1階 南側 リビング	夜間	1階 西側 和室
避難時に配慮が必要な事項 (複数選択可)	<input checked="" type="checkbox"/> 立つことや歩行ができない → <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす（介助なし） <input type="checkbox"/> 車いす（介助あり）			
	<input type="checkbox"/> 音が聞こえない（聞こえにくい） → <input type="checkbox"/> 大きな声であれば会話できる <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> ジェスチャー			
	<input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解が難しい <input type="checkbox"/> 物が見えない <input type="checkbox"/> 危険なことを判断できない <input type="checkbox"/> 顔を見ても知人や家族とわからない <input type="checkbox"/> その他（）			
	<input checked="" type="checkbox"/> 人の支え <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 杖など <input type="checkbox"/> 何も必要ない <input type="checkbox"/> その他（）			
自治会加入	<input checked="" type="checkbox"/> 加入している		<input type="checkbox"/> 加入していない	
心身の状況及び配慮事項 (自由記載欄)	(例：認知症の診断を受けている等) 避難行動要支援者本人の心身の状況・配慮事項について、特記事項がある場合は簡潔に記入してください。			
緊急連絡先				
氏名（フリガナ）	電話番号	0467-〇〇-×××× 090-〇〇〇〇-◇◇◇◇	続柄	長男 同居の有・無
チガサキ イチロウ 茅ヶ崎 一郎	住所	茅ヶ崎市本村〇丁目△番×号		<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 同居で無い
氏名（フリガナ）	電話番号	080-△△△△-××××	続柄	妹 同居の有・無
カナ 神奈 川子	住所	横浜市中区本町〇丁目△×番地		<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 同居で無い

※記入内容に変更が生じた場合は、改めて本同意確認書の提出が必要となります。

市記入欄



提出方法：郵送・窓口

名簿登載希望

窓口の場合記入

提出者：本人・家族・民生委員

その他（）