避難行動要支援者名簿登載希望申出書兼

個人情報の提供に関する同意・不同意確認書

　　　　　　年　　　月　　　日

旭川市長　様

**私は，避難行動要支援者名簿への登載を希望します。**

また，災害発生時に地域からの支援が受けられるよう，事前に私の個人情報を市から消防機関や警察，自主防災組織などの避難支援等関係者に提供することに

**１** 同意します。

**（１か２のどちらかをで囲ってください。）**

**２** 同意しません。

**◎登載希望者の氏名・住所等**

明治・大正

昭和・平成

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏　　　名 |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 性　　別 | 男　　・　　女 |
| 住　　　所 | 旭川市 | 電話番号 |  |
| 避難支援等を必要とする事由（該当の□に✓をしてください。） | □ 要介護（要支援）認定を受けている。【状態区分：　　　　　　　　】□ 身体障害者手帳を持っている。【等級：　　　　　　　】□ 療育手帳を持っている。【程度：　　　　　　　】□ 精神障害者保健福祉手帳を持っている。【等級：　　　　　　　】□ 次のいずれかの医療受給者証等の交付を受けている。　　□ 特定医療費（指定難病）受給者証　　□ 在宅難病患者等酸素濃縮器使用助成認定証□ ウイルス性肝炎進行防止対策・橋本病重症患者対策医療受給者証□ ウイルス性肝炎進行防止対策（肝炎治療特別促進事業）医療受給者証□ 先天性血液凝固因子障害等医療受給者証□ 小児慢性特定疾病医療受給者証□その他【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 |

※同意されても，必ず避難支援がなされることが保証されるものではありません。

※避難支援等関係者は，避難支援に関し法的な責任や義務を負うものではありません。

※同意の意思について，変更の申出がない限り自動継続とします。

**◎代理人が記載した場合は記入してください**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 代理人署名 |  | 登載希望者との関係 |  |
| 連絡先電話番号 |  | その他連絡事項 |  |