

調布市長 宛

避難行動要支援者名簿情報の提供に係る同意書

私（避難行動要支援者）は、市が保有する私の個人情報（氏名・住所・生年月日・性別・世帯主名・電話番号・FAX番号・メールアドレス・対象要件・支援時の留意事項）を避難支援等関係者（裏面に記載）に提供することに同意します。

本人の情報記入欄（太枠内の必要事項を記入してください。）

フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
氏名	(印)		
住所	調布市		
電話番号		FAX番号	
携帯電話番号		メールアドレス	
対象要件 ※該当する箇所に☑をしてください。	<input type="checkbox"/> 75歳以上の一人暮らし又は75歳以上のみの世帯 <input type="checkbox"/> 要介護1又は2で、一人暮らし又は同居の家族が75歳以上 <input type="checkbox"/> 要介護3～5 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1～3級，視覚障害4～6級，聴覚障害4～6級 <input type="checkbox"/> 愛の手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳1・2級 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
支援時の留意事項	※ 避難支援等関係者に申し伝えたいこと，避難について不安なことなどを記入してください。		

※ 本人が記載できない場合は、代理人が署名及び押印をしてください。

代理人 住所 _____

氏名 _____ (印) (本人との関係) _____

電話番号 _____

避難支援等関係者及び名簿の提供範囲について

避難支援等関係者	名簿の提供範囲
(1) 調布警察署	すべて
(2) 調布消防署	
(3) 調布市社会福祉協議会	
(4) 調布市の民生委員・児童委員	管理・担当・管轄している地
(5) 調布市消防団	域のみ
(6) 調布市内の防災市民組織	管理・担当・管轄している地
(7) 調布市内の自治会・地区協議会・自治会連合協議会・マンション管理組合	域のみ <u>(市と協定を締結した組織のみ提供します。)</u>