

※※※※※これは記入例です※※※※※
 避難行動要支援者名簿の提供に関する

危機管理課より郵便が届いた方の情報をご記入ください。

フリガナ	イケダ フクマル		
氏名	池田 ふくまる		
	明治・大正 昭和・平成 令和	21年 1月 1日	性別 (男) ・ 女
住所	池田市城南1丁目1番1号		
避難支援等を必要とする事由	<input type="checkbox"/> 介護保険の認定を受けている 要介護状態区分： <input type="checkbox"/> 手帳所持 障がい名 () 等級： <input type="checkbox"/> その他 【特記事項】 ※施設等に入所しておられる方はこちらにご記入ください 【記載例】〇〇ホームに入所		
電話番号	072-752-1111		【避難支援等を必要とする事由について】 該当箇所にチェックをご記入ください。 該当するものがない場合は空白で構いません。
携帯電話番号	090-XXXXX-XXXXX	メールアドレス	ikedaxx.ne.jp

※同意しない場合も の欄をご記入ください。

避難行動要支援者は避難支援者への情報提供に同意することにより、避難支援者（地域等）から災害発生時における避難行動の際の支援を受ける可能性が高まりますが、避難支援者自身や家族の安全確保が最優先であり、避難支援者自身の避難行動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。

必ずどちらかにチェックを
ご記入ください。

その他の生命又は身体を災害から保護を受けるため、住所、障がい種別等の内容、連絡先等）及び障がい名や氏名等を、池田市地域防災計画に定める避難支援等関係者に提供することに、

同意します
 趣旨を十分理解した上で、同意しません

令和××年××月××日 氏名 池田 ふくまる

※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、

※避難行動要支援者情報を作成する際に、その際にご協力ください

同意、不同意のチェックと回答した日付をご記入ください。
 ご本人がご記入できないときは代筆で結構です。