

該当者に送付される文面です

5 保 福 第 394 号
令和 6 年 1 月 12 日

いわき市長 内田 広之
(公 印 省 略)

避難行動要支援者名簿の情報提供にかかる同意について (通知)

日ごろより、本市の市政推進にご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、本市では、災害時に自力で避難することが困難な方の名簿を作成しており、避難を必要とする時の孤立を防ぐことを目的として、情報提供に同意の上ご登録された方の情報を自主防災組織や民生・児童委員等の地域の関係者に提供し、普段からの声掛けや見守り体制構築のために活用していただいております。

この制度への登録自体は「避難時の支援」をお約束するものではありませんが、地域への情報提供が行われることにより、日ごろからの地域での見守りや結びつきが強化され、日常生活上やいざという時に地域内での支援を得られやすくなる可能性があるものと考えております。

つきましては、災害時の避難に不安を抱えておられる方におかれましては、同封のリーフレットをご一読いただき、地域の関係者への情報提供にご同意いただける際には、「いわき市避難行動要支援者名簿の提供にかかる同意書 (裏面：避難行動要支援者現況届)」に必要事項を記入のうえ、返信用封筒にて申請くださるようお願いいたします。

1. 提出物

いわき市避難行動要支援者名簿の提供にかかる同意書 1 部
(裏面：避難行動要支援者現況届)

※ 避難支援者を選定できない場合でも申請することは可能です。

2. 提出先

いわき市 保健福祉部 保健福祉課 保健福祉係

※ 同封の返信用封筒にてご提出ください。

【事務担当】

いわき市 保健福祉部 保健福祉課
保健福祉係

電話：0246-22-7451

いわき市避難行動要支援者名簿の提供にかかる同意書

- 災害時に自力で避難することが困難な要介護者や障がいのある方などの避難行動要支援者については、いわき市が名簿を作成しています。
- このうち、情報提供の同意があった方については、自主防災組織や行政区、民生委員、消防団、地域包括支援センター、社会福祉協議会、警察機関などの地域の関係者に共有しています。
- 名簿情報を地域の関係者で共有をすることで、支援が必要な方がいることを地域の関係者に知ってもらい、避難時に孤立することを防ぎ、地域で必要な支援を受けられるように普段から声掛けや見守り活動などの体制をつくっていくことを目指しています。
- ※名簿情報の共有により避難行動要支援者（あなた）は、災害が発生し、または発生するおそれがある場合において避難支援を受けられる可能性が高まりますが、情報提供によって、災害時の避難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、避難支援者などの関係者は、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、見守り支援や避難支援等を受けるために、避難行動要支援者名簿を関係者等に共有することに

同意します。

令和 年 月 日

署名 _____ (代筆: _____ 続柄: _____)

⇒裏面の「避難行動要支援者現況届」への記入をお願いします。

同意しません。

令和 年 月 日

署名 _____ (代筆: _____ 続柄: _____)

⇒裏面の「住所」「氏名」「性別」「生年月日」のみ記入をお願いいたします。

以下の(同意しない理由)について、ご協力いただける方は回答をお願いいたします。

(同意しない理由)

→自力での避難が可能だから

→住んでいる場所が安全だから

→個人情報の漏洩が不安だから

⇒ [いわき市・自主防災組織・行政区・民生委員・消防団・地域包括支援センター・社会福祉協議会・警察機関] への情報提供が不安。

※不安な共有先すべてに○をつけてください。

→その他

(_____)

避難行動要支援者現況届

いわき市長 様

令和 年 月 日

| | | | | | |
|--|----------|----------|---------|-----------|---------|
| 住所 〒 | | 【電 話】 | | - | - |
| | | 【携帯電話】 | | - | - |
| 【メールアドレス】 | | 【F A X】 | | - | - |
| フリガナ | | 性 別 | 生年月日 | | |
| 氏 名 | | | | | |
| | | 男 ・ 女 | | 年 月 日 | |
| 家族構成(本人含む) | 人 | 緊急通報システム | 1 有 2 無 | 救急医療情報キット | 1 有 2 無 |
| 要支援者区分(該当する全ての番号に○を付けてください) 1 要介護認定者 [要介護(3・4・5) サービス利用(有・無)] 2 身体障害者手帳所持者 [手帳所持(1・2) サービス利用(有・無) 障がいの部位] 3 療育手帳A所持者 [サービス利用(有・無)] 4 精神障害者保健福祉手帳1級所持者 [サービス利用(有・無)] 5 指定難病医療受給者証所持者(医療処置) 6 その他() ※サービス利用とは要介護認定もしくは、障害程度区分認定を受けて利用するサービスのこと | | | | | |
| 必要な支援内容区分(該当する全ての番号に○を付けてください) [災害時] 1 要避難時支援 [自力(家族の支援を含む)での避難が困難な方] 2 要福祉避難所 [地域の指定避難所での生活が困難な方] 3 要物資提供等支援 [自力(家族の支援を含む)での物資確保が困難な方] 4 要医療 [日常的に医療が必要な方(人工透析、酸素等)] [平常時] 5 見守り・声かけ 6 介護サービス、高齢者福祉サービス、障がい者福祉サービスの利用 7 その他() | | | | | |
| その他の特記事項 <input type="checkbox"/> 移 動 1 自立 2 見守りがあれば可 3 一部介助があれば可 4 不可 <input type="checkbox"/> 特殊な治療 1 あり() 2 なし <input type="checkbox"/> その他() | | | | | |
| 緊急時の連絡先 | | | | | |
| ① | 氏名(フリガナ) | 続柄 | 住所 | 【電話】 | - - |
| | | | | 【携帯】 | - - |
| | | | | 【メールアドレス】 | |
| ② | 氏名(フリガナ) | 続柄 | 住所 | 【電話】 | - - |
| | | | | 【携帯】 | - - |
| | | | | 【メールアドレス】 | |
| 避難支援者情報 | | | | | |
| ① | 氏名(フリガナ) | 続柄 | 住所 | 【電話】 | - - |
| | | | | 【携帯】 | - - |
| | | | | 【メールアドレス】 | |
| ② | 氏名(フリガナ) | 続柄 | 住所 | 【電話】 | - - |
| | | | | 【携帯】 | - - |
| | | | | 【メールアドレス】 | |
| 避難支援者を選定できない理由 1 近所付き合いがない 2 近所に支援者になれる人がいない 3 近所との距離が遠い 4 その他() | | | | | |

記載例

いわき市避難行動要支援者名簿の提供にかかる同意書

- 災害時に自力で避難することが困難な要介護者や障がいのある方などの避難行動要支援者については、いわき市が名簿を作成しています。
 - このうち、情報提供の同意があった方については、自主防災組織や行政区、民生委員、消防団、地域包括支援センター、社会福祉協議会、警察機関などの地域の関係者に共有しています。
 - 名簿情報を地域の関係者で共有をすることで、支援が必要な方がいることを地域の関係者に知ってもらい、避難時に孤立することを防ぎ、地域で必要な支援を受けられるように普段から声掛けや見守り活動などの体制をつくっていくことを目指しています。
- ※名簿情報の共有により避難行動要支援者（あなた）は、災害が発生し、または発生するおそれがある場合において避難支援を受けられる可能性が高まりますが、情報提供によって、災害時の避難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、避難支援者などの関係者は、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、見守り支援や避難支援等を受けるために、避難行動要支援者名簿を関係者等に共有することに

同意します。

令和 6 年 1 月 19 日

署名 梅本 太郎 (代筆: _____ 続柄: _____)

⇒裏面の「避難行動要支援者現況届」への記入をお願いします。

同意しません。

令和 年 月 日

署名 _____ (代筆: _____ 続柄: _____)

⇒裏面の「住所」「氏名」「性別」「生年月日」のみ記入をお願いします。

以下の(同意しない理由)について、ご協力いただける方は回答をお願いいたします。

(同意しない理由)

→自力での避難が可能だから

→住んでいる場所が安全だから

→個人情報の漏洩が不安だから

⇒ [いわき市・自主防災組織・行政区・民生委員・消防団・地域包括支援センター・社会福祉協議会・警察機関] への情報提供が不安。

※不安な共有先すべてに○をつけてください。

→その他

(_____)

記載例

避難行動要支援者現況届

いわき市長 様

令和 6 年 1 月 19 日

| | | | |
|--|-------------------------------|---------------------|---|
| 住所 〒970-8686 | | 【電 話】0246-22-7451 | |
| いわき市平字梅本21番地 | | 【携帯電話】090-000-0000 | |
| 【メールアドレス】 tarou-umemoto@co.jp | | 【F A X】0246-22-7590 | |
| フリガナ ウメト タロウ | 性別 | 生年月日 | |
| 氏名 梅本 太郎 | 男・女 | 昭和23年 3 月 5 日 | |
| 家族構成(本人含む) 3 人 | 緊急通報システム 1 有 2 無 | 救急医療情報キット 1 有 2 無 | |
| 要支援者区分(該当する全ての番号に○を付けてください) 1 要介護認定者 [要介護(3 4 5) サービス利用(有・無)] 2 身体障害者手帳所持者 [手帳所持(1・2) サービス利用(有・無) 障がいの部位] 3 療育手帳A所持者 [サービス利用(有・無)] 4 精神障害者保健福祉手帳1級所持者 [サービス利用(有・無)] 5 指定難病医療受給者証所持者(医療処置) 6 その他() ※サービス利用とは要介護認定もしくは、障害程度区分認定を受けて利用するサービスのこと | | | |
| 必要な支援内容区分(該当する全ての番号に○を付けてください) [災害時] 1 要避難時支援 [自力(家族の支援を含む)での避難が困難な方] 2 要福祉避難所 [地域の指定避難所での生活が困難な方] 3 要物資提供等支援 [自力(家族の支援を含む)での物資確保が困難な方] 4 要医療 [日常的に医療が必要な方(人工透析、酸素等)] [平常時] 5 見守り・声かけ 6 介護サービス、高齢者福祉サービス、障がい者福祉サービスの利用 7 その他() | | | |
| その他の特記事項 <input checked="" type="checkbox"/> 移動 1 自立 2 見守りがあれば可 3 一部介助があれば可 4 不可 <input type="checkbox"/> 特殊な治療 1 あり() 2 なし <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| 緊急時の連絡先 | | | |
| ① | 氏名(フリガナ) ウメト ジロウ 梅本 次郎 | 続柄 次男 | 住所 東京都港区三田×-×-××× 【メールアドレス】 j-umemoto@-inc.jp 【電話】03-0000-0000 【携帯】090-000-0000 |
| ② | 氏名(フリガナ) | 続柄 | 住所 【電話】 - - 【携帯】 - - 【メールアドレス】 |
| 避難支援者情報 | | | |
| ① | 氏名(フリガナ) ウメト イチロウ 梅本 一郎 | 続柄 親戚 | 住所 いわき市平字童子町〇〇番地 【メールアドレス】 i-umemoto@.co.jp 【電話】0246-22-7450 【携帯】080-000-0000 |
| ② | 氏名(フリガナ) タイラ サフロウ 平 三郎 | 続柄 隣人 | 住所 いわき市平字梅本〇〇番地 【メールアドレス】 【電話】0246-〇〇-〇〇〇〇 【携帯】090-000-0000 |
| 避難支援者を選定できない理由 1 近所付き合いがない 2 近所に支援者になれる人がいない 3 近所との距離が遠い 4 その他() | | | |