

災害時たすけあい事業 情報提供同意書

平成 年 月 日

星が丘災害時たすけあい会代表 あて

私は、星が丘たすけあい会等の支援組織が実施する災害時たすけあい事業への参加を希望し、次の事項に同意します。

- 1 今回私が提出する情報【住所・氏名・年齢・生年月日・電話番号・支援が必要な理由】を支援組織の中で共有すること。

| | | | |
|---|---|--------------|----|
| 支援が必要な理由（ <input type="checkbox"/> にチェックしてください） | <input type="checkbox"/> 高齢のため <input type="checkbox"/> 介護を受けているため <input type="checkbox"/> 障害があるため <input type="checkbox"/> 昼間（ 時～ 時）一人のため <input type="checkbox"/> 夜間（ 時～ 時）一人のため <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| ふりがな | | 性別 | |
| 氏名 | | 男・女 | |
| 住所 | 相模原市中央区 | 生年月日 | |
| | | 大昭和 年 月 日 | |
| 電話番号 | 自宅電話 | — — | 年齢 |
| | 携帯電話 | — — | 歳 |
| | その他緊急連絡先 | — — | |
| 特記事項 今回の事業に参加を希望するにあたり、上記項目以外で事前に伝えておきたいことがある場合は、下記に <input type="checkbox"/> にチェックをつけ、必要なことがありましたらご記入ください。 | | | |
| <input type="checkbox"/> 目（視覚の障害）について （ <input type="checkbox"/> 目が見えない <input type="checkbox"/> 見えにくい） <input type="checkbox"/> 耳（聴覚の障害）について （ <input type="checkbox"/> 耳が聞こえない <input type="checkbox"/> 聞こえにくい） <input type="checkbox"/> 話すこと（言語の障害等）について （ <input type="checkbox"/> 言葉が出ない <input type="checkbox"/> 言葉を発しにくい） <input type="checkbox"/> 特注事項（ <input type="checkbox"/> 車椅子使用 <input type="checkbox"/> つえ使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用） <input type="checkbox"/> その他（身体の状況や疾病の有無）について （ ） | | | |

※本書面の利用目的について

本書面の情報は、災害時の支援活動のために利用します。

※お申込みに当たって

災害の被害状況によっては、支援者の多くも被災者になりうるなどから、同意することで災害時等の支援が必ず約束されるものではないことについて、あらかじめご了承ください。

※「1名」につき「1枚」ご記入ください。

※代理人の方が同意書を記入した場合は、下記に署名をしてください。

| | | | |
|--------|--------|---------|-----|
| 代理人署名欄 | 代理人記入欄 | | |
| | 本人との関係 | 住所 | |
| | | (別居の場合) | |
| | | 電話番号 | — — |
| | 携帯番号 | — — | |

