

名簿共有 意向確認書

※この紙を返送してください

返送期限：令和6年8月9日まで

「災害時要援護者名簿」への登録のお知らせ兼意向確認書

豊島区では、高齢者や障害のある方のうち、災害時の避難行動や避難生活において、特に手助けが必要な方（災害時要援護者）を登録した「災害時要援護者名簿」を作成しています。登録の要件に該当したため、あなたを区役所内部で共有する全件名簿に登録させていただきましたので、お知らせいたします。

また、地域の防災活動や見守り活動など通じて、いざというときに地域で速やかな支援ができるよう、同意がある方については、町会をはじめとした地域団体・関係機関に共有させていただきます。同封のご案内をご確認のうえ、「名簿共有への意向確認欄」および「連絡先確認欄」にご記入いただき、同封の返信用封筒でご返送ください。（裏面もご参照ください。）

名簿共有への意向確認欄		記入日	年	月	日
私は、災害時の安否確認・避難支援等を受けるために、災害時要援護者名簿に登録した個人情報（氏名、住所、性別、生年月日、電話番号またはFAX番号、登録事由、施設入所の有無等）を、地域団体・関係機関（町会・自治会、民生委員、警察署、消防署、消防団、社会福祉協議会、高齢者総合相談センター）に平常時から共有することに、					
どちらかに☑をつけてください	地域共有に <input type="checkbox"/> 同意します	※共有先は選択できません。名簿共有先には、秘密の厳守、目的外利用および第三者への提供の禁止を義務付け、適正に管理します。			
	地域共有に <input type="checkbox"/> 同意しません <small>※災害時には安否確認・避難支援等のために、地域共有する場合がありますのでご承知おきください。</small>	※区の全件名簿には登録されますが、個人情報の地域共有はしません。 ※不同意理由に☑をつけてください <input type="checkbox"/> 個人情報を提供したくないから <input type="checkbox"/> 施設入所または長期入院しているから <input type="checkbox"/> 住民票の住所地とは別のところに住んでいるから <input type="checkbox"/> その他（ ）			
ご本人様 署名欄					
代理人 署名欄		本人との ご関係			

※本人が「自署できない」「未成年である」などの場合は、代理の方がご署名ください。

連絡先確認欄（不同意の方もできるだけご記入ください。）

ご本人様 連絡先	電話番号：	FAX番号：
	メールアドレス（お持ちの方のみ記載）：	
災害時等 緊急連絡先	フリガナ	本人との ご関係
	氏名	
	電話番号：	FAX番号：
	メールアドレス（お持ちの方のみ記載）：	

【問い合わせ先】福祉部 福祉総務課 災害対策グループ 電話：03-4566-2428（直通）

このお知らせが届いた方へ

このお知らせは、「災害時要援護者名簿」の登録対象となった方にお送りしています。

- 登録の対象の方
- ① 介護保険の要介護3～5の認定を受けている方
 - ② 身体障害者手帳1級～4級を受けている方
 - ③ 愛の手帳1度～4度までの認定を受けている方
 - ④ 人工呼吸器を利用している方で、区に名簿登録の申込みをした方。
 - ⑤ 精神障害手帳1級・2級の方で、区に名簿登録の申込みをした方。

表面の太枠内に記入のうえ、同封の返信用封筒でご返信くださいますようお願いいたします。
 昨年度までに回答された方も、状況の変化に合わせて、あらためてご返信をお願いいたします。

令和 年 月 日

名簿共有一意向確認書
※この紙を返送してください

返送期限：令和 年 月 日まで

「災害時要援護者名簿」への登録のお知らせ兼意向確認書

豊島区では、高齢者や障害のある方のうち、災害時の避難行動や避難生活において、特に助けが必要な方（災害時要援護者）を登録した「災害時要援護者名簿」を作成しています。登録の要件に該当したため、あなたを区役所内部で共有する全件名簿に登録させていただきましたので、お知らせいたします。

また、地域の防災活動や見守り活動などを通じて、いざというときに地域で途やかな支援ができるよう、同意がある方については、町会をはじめとした地域団体・関係機関に共有させていただきます。同封のご案内をご確認のうえ、「名簿共有への意向確認欄」および「連絡先確認欄」にご記入いただき、同封の返信用封筒でご返送ください。（裏面もご参照ください）

名簿共有への意向確認欄

	記入日	年	月	日
私は、災害時の災害確認・避難支援等を受けるために、災害時要援護者名簿に登録した個人情報（氏名、住所、性別、生年月日、電話番号またはFAX番号、登録事由、他の区役の有無等）を、地域団体・関係機関（町会・自治会、民生委員、警察署、消防署、消防団、社会福祉協議会、高齢者総合相談センター）に平常時から共有することに、				
<input type="checkbox"/> 地域共有に 同意します	※共有できない施設できません。名簿共有先には、秘密の厳守、目的外利用および第三者への提供の禁止を義務付け、適正に管理します。			
<input type="checkbox"/> 地域共有に 同意しません	※区の全件名簿には登録されますが、個人情報の地域共有はしません。 ※不回答理由に印をつけてください			
<input type="checkbox"/> 個人情報を提供したくないから <input type="checkbox"/> 施設入所または長期入院しているから <input type="checkbox"/> 住民票の住所と実際のところに住んでいるから <input type="checkbox"/> その他				
ご本人様 署名欄				
代理人 署名欄	本人との ご関係			

※本人が「自署できない」「未成年である」などの場合は、代理の方がご署名ください。

連絡先確認欄（不回答の方もできるだけご記入ください。）

ご本人様 連絡先	電話番号：	FAX番号：
	メールアドレス（お持ちの方のみ記載）：	
災害時等 緊急連絡先	フリガナ	本人との
	氏名	ご関係
	電話番号：	FAX番号：
	メールアドレス（お持ちの方のみ記載）：	

【問い合わせ先】福祉部 福祉総務課 災害対策グループ 電話：03-4566-2428（直通）

該当する個人宛てに送付しています。お名前を確認してください。

この書面を記入した日を書いてください。

外部提供に同意するか、同意しないか、どちらかにチェックしてください。
同意しない場合は、その理由をチェックしてください。

記入された方（ご本人、または代理人の方）のお名前を署名してください。

ご本人の連絡先を記入してください。
メールアドレス、FAX番号はお持ちの方だけ記入してください。

災害時の、ご本人以外の緊急連絡先を記入してください。
該当する方がいない場合は、記入の必要はありません。