

# 避難情報配信

福岡市では、避難情報の入手が困難な方を対象に、ご自宅の固定電話等に音声やFAXで情報をお伝えします。配信を希望される方は、裏面の様式でお申し込みください。

## 1. 対象者

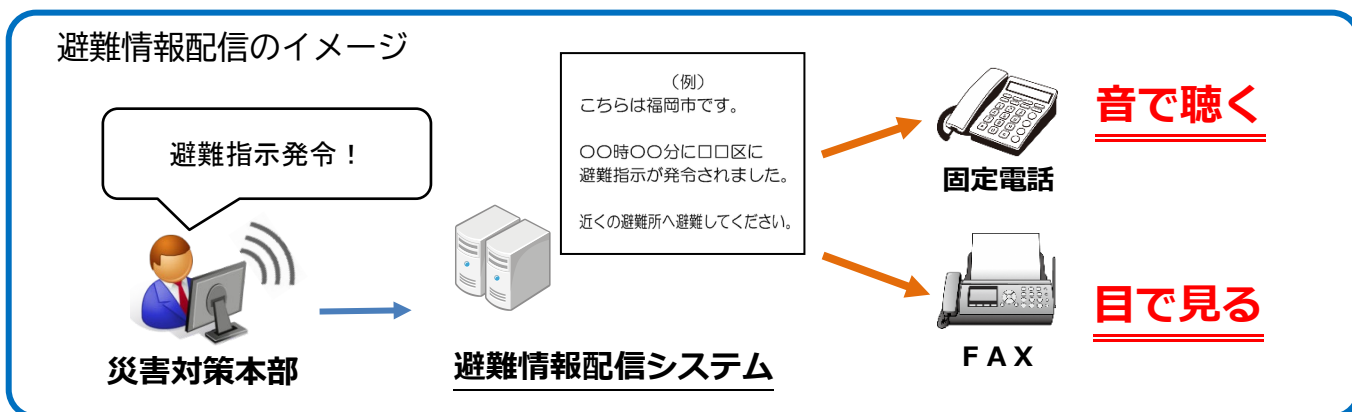
下記の（１）か（２）に該当し、配信を希望される方

### （１）視覚や聴覚に障がいがある方（下記の①か②のどちらかに該当する方）

- ① 身体障害者手帳視覚障がい１級又は２級 ⇒固定電話（機械音声）
- ② 身体障害者手帳聴覚障がい２級 ⇒FAX

### （２）高齢者（以下のすべてに該当する方） ⇒固定電話（機械音声）か FAX

- ① 75歳以上の方
- ② 携帯電話を持っていない、又は操作が苦手な方
- ③ ひとり暮らし、又は同居している方等から避難情報の提供を受けることができない方



## 2. 注意事項

- （１）災害時の避難に関する情報のため、昼夜を問わず配信されます。
- （２）利用者が使用する機器及び通信回線上の障害、その他福岡市の責に帰さない理由による本サービスの障害等により発生した利用者の損害、及び利用者が第三者に与えた損害に対して、福岡市は一切の責任を負わないこととします。

## 3. 個人情報の取扱いについて

- （１）本サービスは気象情報配信を専門とする事業者へ委託することにより運営されており、インターネット（クラウドサービス）を介して避難情報を配信します。
- （２）ご登録いただいた電話番号等の個人情報は、本サービスの目的以外には利用せず、法律および条例等に定めるものを除き、第三者に開示または提供することはありません。

【問い合わせ先】 福岡市市民局地域防災課

（電話）092-711-4156 （FAX）092-733-5861

# 「避難情報配信システム」登録申込書

私は、福岡市からの避難情報の配信を希望しますので、裏面の注意事項等を理解の上、避難情報配信システムへの登録を申し込みます。

## 【本人情報欄】

ふりがな	
氏名	
住所	福岡市 区
該当区分 ※該当箇所にチェック <input checked="" type="checkbox"/> をしてください	視覚障がい <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 聴覚障がい <input type="checkbox"/> 2級 高齢者（以下のすべてに該当する方） <input type="checkbox"/> 75歳以上の方 <input type="checkbox"/> 携帯電話を持っていない、又は操作が苦手な方 <input type="checkbox"/> ひとり暮らし、又は同居している方等から避難情報の提供を受けられない方
登録する電話番号（原則、固定電話）	— —
登録するFAX番号	— —

【代理記入欄】※本人以外の方が記入する場合は、こちらも含わせて記入してください。

ふりがな	
氏名	
連絡先	(自宅) — — (携帯) — —
本人との関係	<input type="checkbox"/> 親族（続柄： ） <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 未成年後見人 <input type="checkbox"/> その他（ ）

- ・後日、登録した番号に登録完了のご連絡をします。
- ・避難行動要支援者名簿に登載されている方は、本システムの利用者であることを同名簿にも反映します。

【提出・問い合わせ先】※郵送、FAX、メールにてご提出ください。

福岡市役所 市民局 地域防災課

〒810-8620 福岡市中央区天神 1-8-1

(電話) 092-711-4156 (FAX) 092-733-5861

(メール) bousai01@city.fukuoka.lg.jp

受付		登録		通知	
----	--	----	--	----	--

\*この欄は事務処理用なので、何も記入しないでください。