

避難行動要支援者 個別計画

私は、避難行動要支援者避難支援制度の内容を理解し、避難の支援、安否の確認、その他の生命又は身体を災害から保護を受けるために、以下の個人情報を避難支援等関係者（防災担当部局、町会、自主防災組織、民生委員児童委員、消防署、警察署、社会福祉協議会）に提供することに

同意します・同意しません（どちらかに丸）

		記入日	令和 年 月 日		
フリガナ			代理記載 の場合	続柄	
氏名				氏名	
性別		生年月日	明・大・昭・平・令		年 月 日
住所	佐野市				
連絡先	電話番号		電話番号		
	FAX番号		メールアドレス		
要支援者の区分	要介護() 身体() 知的() 精神() 難病 その他() ※該当する箇所に等級などを記入				
町会名			民生委員児童委員 氏名		
同居の家族	なし	あり 家族氏名(続柄)			
緊急時の 家族等の 連絡先①	フリガナ				
	氏名			続柄	
	住所				
	連絡先	電話番号		電話番号	
FAX番号			メールアドレス		
緊急時の 家族等の 連絡先②	フリガナ				
	氏名			続柄	
	住所				
	連絡先	電話番号		電話番号	
FAX番号			メールアドレス		

※ウラ面もご記入ください。

特記事項 (障がいの内容 や避難時に留意 すべき事項等)	該当する事項に○をつけてください。 1 立つことや歩行ができない 7 人工呼吸器をつけている 2 外出時は、車いすを使用している 8 人工透析をうけている 3 音が聞こえない 9 精神的な動揺がはげしい 4 物が見えない 10 危険なことを判断できない 5 声が出ない 11 顔を見ても知人や家族とわからない 6 ことばをうまく話せない 12 方向がわからない 13 その他				
	()				
避難支援者① (隣近所などで 災害時に避難 支援できる方)	フリガナ				
	氏名		本人との関係		
	住所	佐野市			
	連絡先	電話番号		電話番号	
		FAX番号		メールアドレス	
避難支援者② (隣近所などで 災害時に避難 支援できる方)	フリガナ				
	氏名		本人との関係		
	住所	佐野市			
	連絡先	電話番号		電話番号	
		FAX番号		メールアドレス	
その他 避難支援 できる方等					
避難場所	(※市指定避難場所でもなくとも構いません。)				
救急医療情報 キットの希望	あり ・ なし ・ 配布済 ※該当に○をつける				
佐野市長 あて 以上のとおり、個別計画を提出します。 提出者 _____ 本人との関係 (_____)					