

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 | タカサゴ タロウ | | 続柄 | 長男 | |
| 氏名 | 高砂 太郎 | | 代理記載の場合 氏名 | 高砂 太一 | |
| 性別 | 男 | 生年月日 | 明・大・昭・平・令 25年 6月 28日 | | |
| 住所 | 佐野市 唐沢町11-3 | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 45-6789 | 電話番号 | 090-9999-0000 | |
| | FAX番号 | なし | メールアドレス | なし | |
| 要支援者の区分 | 要介護(4) 身体(1級) 知的() 精神() 難病 その他(一人での歩行が困難) ※該当する箇所に等級などを記入 | | | | |
| 町会名 | 唐沢町 | 民生委員児童委員 氏名 | 佐野花子 | | |
| 同居の家族 | なし | あり 家族氏名(続柄) | 高砂町子(妻) ※同居の家族をすべて記入 | | |
| 緊急時の 家族等の 連絡先① | フリガナ | タカサゴ タイチ | | | |
| | 氏名 | 高砂 太一 | 続柄 | 長男 | |
| | 住所 | 佐野市唐沢町100 | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | 45-9876 | 電話番号 | なし |
| | | FAX番号 | なし | メールアドレス | なし |
| 緊急時の 家族等の 連絡先② | フリガナ | ワタラセ ハナコ | | | |
| | 氏名 | 渡良瀬 ハナコ | 続柄 | 長女 | |
| | 住所 | 足利市織姫町300 | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | 0284-50-6000 | 電話番号 | なし |
| | | FAX番号 | なし | メールアドレス | なし |

※ウラ面もご記入ください。

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 | |

一人では歩行が困難。避難時には車いすが必要。

できるだけ具体的にご記入ください。
服用している薬などがある場合は、こちらへご記入ください。

| | | | | | |
|--|------|-------------|---------|---------|---------------|
| 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 | フジ ジロウ | | | |
| | 氏名 | 富士 次郎 | 本人との関係 | 隣近所 | |
| | 住所 | 佐野市 唐沢町11-2 | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | 45-1234 | 電話番号 | 080-0000-0000 |
| | | FAX番号 | 45-1234 | メールアドレス | abcd@sano.jp |

| | | | | | |
|--|------|-------------|---------|---------|---------------|
| 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 | ヤクシマ サブローウ | | | |
| | 氏名 | 屋久島 三郎 | 本人との関係 | 隣近所 | |
| | 住所 | 佐野市 唐沢町11-4 | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | 45-4567 | 電話番号 | 070-0000-0000 |
| | | FAX番号 | なし | メールアドレス | なし |

| | |
|----------------------|--|
| その他 避難支援 できる方等 | |
|----------------------|--|

| | |
|------|-------------------------------|
| 避難場所 | 〇〇地区公民館 (※市指定避難場所でも構いません。) |
|------|-------------------------------|

| | |
|------------------|-------------------------|
| 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 |
|------------------|-------------------------|

佐野市役所

「救急医療情報キットの希望あり」にした方 → 後日、民生委員がお届けにまいります。
※ 救急医療情報キット（冷蔵庫等に保管しておくもの。薬剤情報提供書等を容器に入れる。）

提出者 **高砂 太郎** 本人との関係 ()

提出者の氏名を記入お願いします。
※代理人が記入する場合、代理人氏名を記入し、本人との関係もご記入ください。

佐野市役所 24-2708

