

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)

※同意しない場合は、理由について以下のいずれかに丸をつけてください。

- 1. 自分や家族で対応できる
- 2. 他人に情報を知られたくない ()
- 3. その他

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() ※該当する箇所には等級などを記入									
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				
	<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>				
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 キットの配布	希望する ・ 希望しない ・ 持っている ※該当に○をつける				
佐野市長 あて 以上のおり、個別計画を提出します。					
提出者		本人との関係 ()			