

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。

記入日	令和 5 年 8 月 20 日	1. 自分や家族で対応できる 3. その他 2. 他人に情報を知られたくない ()			
フリガナ	タカサゴ タロウ		代理記載 の場合	続柄	長男
氏名	高砂 太郎		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			
	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	<input checked="" type="radio"/> 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 キットの配布	<input checked="" type="radio"/> 希望する ・ <input type="radio"/> 希望しない ・ <input type="radio"/> 持っている ※該当に○をつける
------------------	---

佐野市長

「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 ()

佐野市役 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。

24-2708

