

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、そのほか生命また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

（どちらかに丸） **同意します ・ 同意しません**

※同意しない場合は、理由について右の1～4の

いずれかに丸をつけて、記入日、氏名、生年月日、

住所をご記入ください。

1. 自分や家族で対応できる

2. 情報を知られたくない

3. 施設等に入所または入院している

4. 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（ ） ※該当する箇所にも等級などを記入					
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、または避難情報が出た際に声をかけてくれる方)	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、または避難情報が出た際に声をかけてくれる方)	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	(※市指定避難場所でなくても構いません。)				
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 以上のとおり、個別計画を提出します。 提出者 _____ 本人との関係 (_____)					