

避難行動要支援者 個別避難計画

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 8 年 7 月 20 日				
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 (わからなければ空欄で)		民生委員児童委員 氏名	佐野花子 (わからなければ空欄で)	
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。

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				
一人では歩行が困難。避難時には車いすが必要。					
避難連絡だけでもしてくれる方がいれば、本人の了承を得て、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、ま たは避難情報が 出た際に声かけ してくれる方)	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、または 避難情報が出た 際に声かけして くれる方)	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	○○地区公民館、○○宅(親戚宅)、自宅2階など (※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 ああ					
「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をお願いします。 ※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	24-2708				

