

## 個別避難計画

自治会			自主防災会名		
フリガナ 氏 名	-----		生年月日 年 齢	生 ( 歳)	
住 所	〒		自宅電話		
			携帯電話		
代理記載及び申請の場合	氏 名			登録者との関係	
緊急時の家族 等の連絡先	氏名			続 柄	生年月日
	住所	〒			自宅電話
					携帯電話
	氏名			続 柄	生年月日
	住所	〒			自宅電話
					携帯電話
家族構成、同居状況等			居住建物の構造		
			普段いる部屋		
			寝室の位置		
			緊急通報システム	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
居宅介護支援事業所又は相談支援事業所					
ケアマネジャー又は相談支援専門員				TEL	
かかりつけ医	医療機関名			TEL	
	医療機関名			TEL	

対象者区分					
要支援者の 状況					
避難支援等 実施者 (避難誘導、 安否確認等)	第 1	氏名			続 柄
		住所	〒		生年月日
					自宅電話
					携帯電話
第 2	氏名			続 柄	生年月日
	住所	〒			自宅電話
					携帯電話
治療中の病気 又は障害名					
治療（障害）内容					
補装具、医療や 介護に必要な器具	器 具 名				
	メ ー カ ー 名				
	取扱店連絡先				
支援時の留意事項					
情報伝達方法					
避難場所①			民生委員		
避難場所②			自宅電話	携帯電話	