

避難行動要支援者避難支援プラン（個別計画）

行政区				小学校区名	学校区			
フリガナ 氏 名	-----			生年月日 年 月 日 年 齢	年 月 日生 (歳)			
住 所	〒			自宅電話 (FAX)				
				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			
緊急情報システム	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		普段いる部屋					
緊急情報キット	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		寝室の位置					
特 記 事 項								
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									
避難支援者 (避難誘導、 安否確認等)	第 1	氏名			続 柄			生年月日	
		住所	〒			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							
第 3	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									
避難した場合、特に 注意すべき事項									
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		

地 図

備考