

## 愛西市要支援者個別避難計画

自治会		自主防災会	
住 所	〒	民生委員	
		電話番号	
		携帯番号	
ふりがな 氏名		血液型	性別
		生年月日	年齢

災害時に支援を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 65歳以上の一人暮らし <input type="checkbox"/> 要介護3以上の在宅者 <input type="checkbox"/> 身体障害者（1、2級） <input type="checkbox"/> 知的障害者（A判定）	<input type="checkbox"/> 精神障害者（1級） <input type="checkbox"/> 難病患者（ <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 50px; height: 1em; vertical-align: middle;"></span> ） <input type="checkbox"/> その他（ <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 50px; height: 1em; vertical-align: middle;"></span> ）
----------------	--	---

同居家族等	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹（ <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 50px; height: 1em; vertical-align: middle;"></span> ） <input type="checkbox"/> 子（ <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 50px; height: 1em; vertical-align: middle;"></span> ） <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他（ <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 50px; height: 1em; vertical-align: middle;"></span> ）
-------	--

緊急連絡先①	ふりがな 氏名		続柄		
	住所				
	連絡先	電話番号			
		携帯番号			

緊急連絡先②	ふりがな 氏名		続柄		
	住所				
	連絡先	電話番号			
		携帯番号			

普段いる部屋		寝室の位置	
--------	--	-------	--

避難時に配慮が必要な事項	<input type="checkbox"/> 目が不自由 <input type="checkbox"/> 耳が不自由 <input type="checkbox"/> 車椅子使用 <input type="checkbox"/> 移動が困難 <input type="checkbox"/> コミュニケーションが困難 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他特記事項 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 80%; height: 100%; margin: 10px auto;"></div>
--------------	---

避難支援者 ①	ふりがな 氏名		要支援者 との関係	
	住所			
	連絡先	電話番号		
		携帯番号		
避難支援者 ②	ふりがな 氏名		要支援者 との関係	
	住所			
	連絡先	電話番号		
		携帯番号		

最寄りの避難場所	

年 月 日

上記避難支援等関係者に提供した情報について、記載内容を確認し、愛西市に報告することを了承します。

氏名 \_\_\_\_\_