愛西市要支援者個別避難計画

自治会		自主防災会			
住　所	〒			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	□６５歳以上の一人暮らし　□精神障害者（１級） □要介護３以上の在宅者　□難病患者（　　） □身体障害者（１、２級）　□その他（　　） □知的障害者（Ａ判定）

同居家族等	□父　□母　□夫　□妻　□兄弟姉妹（　　） □子（　　） □祖父　□祖母　□その他（　　）

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	□目が不自由　□耳が不自由　□車椅子使用　□移動が困難 □コミュニケーションが困難　□認知症　□その他特記事項			

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿