

個別避難計画

作成日 令和 年 月 日

避難行動要支援者	町内会等の名称		組名又は名 班 名		行政区名	
	住 所	〒 岩沼市	電 話			
			F A X			
			携帯電話			
	ふりがな			メールアドレス		
	氏 名			生年月日	西暦・大正 昭和・平成	年 月 日
				性 別	男 ・ 女	
避難支援等を必要とする事由	<input type="checkbox"/> 一人暮らし高齢者 <input type="checkbox"/> 身体障害（1級・2級） <input type="checkbox"/> 要介護認定（3・4・5） <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 日中（夜間）独居 <input type="checkbox"/> 精神障害（1級・2級） <input type="checkbox"/> その他（ ）					
避難時に配慮しなくてはならない事項	<input type="checkbox"/> 介護保険の認定を受けている場合、手帳所持【障害名 】 <input type="checkbox"/> 医療機器の装着等をしている <input type="checkbox"/> 物が聞こえない（聞き取りにくい） <input type="checkbox"/> 立つことや歩行ができない <input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解がむずかしい <input type="checkbox"/> 物が見えない（見えにくい） <input type="checkbox"/> 顔を見ても知人や家族とわからない <input type="checkbox"/> 危険なことを判断できない <input type="checkbox"/> その他 []					
特記事項 自宅で想定されるハザード状況・常備薬の有無等						
家族構成			見取り図 (普段いる部屋、寝室の位置等)	4 ^北		

緊急時の連絡先	住 所	岩沼市		連絡先	電 話	
	ふりがな		本人との関係		そ の 他	
	氏 名				そ の 他	
	住 所	岩沼市		連絡先	電 話	
	ふりがな		本人との関係		そ の 他	
	氏 名				そ の 他	

避難支援者	住所	岩沼市	連絡先	電話	
	ふりがな			その他	
	氏名				
	住所	岩沼市	連絡先	電話	
	ふりがな			その他	
	氏名				
	住所	岩沼市	連絡先	電話	
	ふりがな			その他	
	氏名				

避難場所等	避難場所		指定避難所	
	その他の避難所等			
	避難支援する際に必要な内容等	(移動に要する器具(車いす、担架等)や持ち出すべきもの(薬等)など)		
		(避難経路や移動するまでの注意すべき事項など)		

本計画の内容について、記載内容に誤りがないことを確認するとともに、岩沼市に報告することを了承します。

令和 年 月 日

氏名(本人署名)

代理記入者	住所		本人との関係	
	氏名		連絡先	

※同意の意思について、変更の申出がない限り自動継続とします。