

整理番号：

里庄町〇〇分館個別避難計画（案）

作成日：令和 年 月 日

フリガナ		フリガナ								
氏名		世帯主								
生年月日	年 月 日	年齢	歳 性別 男・女							
住所	里庄町	組合名								
携帯電話	— —	自宅電話	0865— —							
FAX番号	0865— —	E:mail								
同居家族等	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 同居家族あり（ 人、関係性： ）									
避難場所 (垂直避難含む)	風水害	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 避難所 <input type="checkbox"/> その他の場所								
	震災時	<input type="checkbox"/> 避難所 <input type="checkbox"/> その他の場所								
避難時に配慮 しなくてはな らい事項	(当てはまるものすべてに☑) <input type="checkbox"/> 介護保険の認定を受けている【要介護状態区： 】 <input type="checkbox"/> かかりつけ医療機関の有無									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>機関名</th> <th>内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>			機関名	内容					
機関名	内容									
避難支援者	フリガナ									
	氏名									
	住所									
	携帯電話 自宅電話									
	関係性									
	支援内容									

緊急時連絡先	フリガナ		
	氏 名		
	住 所		
	携帯電話 自宅電話		
	関 係 性		
特 記 事 項			
避難支援時の留意事項			

《同意確認》

令和 年 月 日

上記の記載内容について確認の上、災害発生時の避難支援のために、避難支援等関係者（分館長、自主防災会、民生委員、介護・福祉関係者、消防・警察機関）に対して、事前に情報提供することに同意します。

但し、情報提供によって、必ず避難支援が約束されるものではありません。

氏 名（本人署名）

氏 名（代理人）

（本人との続柄： ）