

避難行動要支援者申請書（個別避難計画）

No.

フリガナ氏名	性別		生年月日			
住所						
現住所						
電話	携帯	血液型				
FAX	E-Mail					
世帯区分	地区名称					
身体区分	自治会			医療保険		
民生委員	防災組織			見守区分		
福祉専門員	担当課			緊急通報		
対象要件	☐ 独居高齢者 ☐ 高齢者世帯 ☐ 身体障がい ☐ 知的障がい ☐ 精神障がい ☐ 介護保険 ☐ 難病患者 ☐ 乳幼児 ☐ 妊産婦 ☐ 外国人 ☐ その他					
拡張項目	☐ 車椅子利用 ☐ 杖利用 ☐ 日中一人暮らし ☐ 介護保険利用希望者 ☐ 介護保険利用者 ☐ 配食サービス利用者 ☐ 旧台帳登録者					
【特記事項】						

身体障がい	手帳番号	等級	交付日	喪失日
知的障がい	手帳番号	程度	交付日	喪失日
精神障がい	手帳番号	等級	交付日	喪失日

居宅介護支援事業所	電話	ケアマネ
要介護度	認知症自立度	被保険者番号

世帯構成	①	続柄	性別	生年月日	携帯
	②	続柄	性別	生年月日	携帯
	③	続柄	性別	生年月日	携帯
	④	続柄	性別	生年月日	携帯
	⑤	続柄	性別	生年月日	携帯

緊急時の連絡先	①	続柄	性別	生年月日	電話
				E-Mail	携帯
				FAX	
	②	続柄	性別	生年月日	電話
				E-Mail	携帯
				FAX	
③	続柄	性別	生年月日	電話	
			E-Mail	携帯	
			FAX		

協力員	安否連絡者1	続柄	性別	生年月日	電話
				E-Mail	携帯
				FAX	
	安否連絡者2	続柄	性別	生年月日	電話
				E-Mail	携帯
				FAX	
	避難時補助員	続柄	性別	生年月日	電話
				E-Mail	携帯
			FAX		
誘導補助員	続柄	性別	生年月日	電話	
			E-Mail	携帯	
			FAX		

私は、災害発生時に地域からの支援が得られるよう、事前に私の個人情報を阿波市から消防機関や警察、民生委員児童委員、社会福祉協議会、自主防災組織などの避難支援等関係者に提供することに同意します。

氏名

代理人

本人との関係

避難行動要支援者申請書（個別避難計画）

No.						
フリガナ氏名		性別	年齢	血液型	電話番号	携帯番号
住所					地区名称	

かかりつけの医療機関	①	医療機関名	電話	診療科	担当医	
		住 所				
		治療中疾患	使用薬、用量 服用上の注意			
	②	医療機関名	電話	診療科	担当医	
		住 所				
		治療中疾患	使用薬、用量 服用上の注意			
	③	医療機関名	電話	診療科	担当医	
		住 所				
		治療中疾患	使用薬、用量 服用上の注意			
	避難時に必要とする支援の内容					

避難場所	洪水		電話		收容人数		座標	
	土砂災害(僅崩れ等)		電話		收容人数		座標	
	地震		電話		收容人数		座標	
	火事		電話		收容人数		座標	
	内水氾濫		電話		收容人数		座標	

避難時優先度		個別計画		作成日	
--------	--	------	--	-----	--

【情報伝達での留意事項】

【避難誘導時の留意事項】

【避難先での留意事項】

[illegible]