

災害時要援護者避難支援プラン（個別計画）

記入日 平成 年 月 日

住所		電話番号	—
		FAX	—
フリガナ		性別	
氏名		生年月日	
自治会名	民生委員	(電話番号)	—

災害時要援護者(下記の該当する項目を○で囲んでください)

1. 要介護高齢者 ・ 2. 障がい者() ・ 3. ひとり暮らし高齢者 ・ 4. 高齢者世帯
5. その他()

緊急時の連絡先

フリガナ		住所	電話番号	— —
氏名	続柄 ()			
フリガナ		住所	電話番号	— —
氏名	続柄 ()			

特記事項(特に配慮してほしいことばあれば、記入してください。)(任意事項)

避難支援者

氏名	続柄 ()	住所	電話番号	— —
氏名	続柄 ()	住所	電話番号	— —

<同意確認欄>

私は、災害時要援護者避難支援プランの趣旨に賛同し、災害時要援護者台帳への登録を申し込みます。つきましては、上記の記載事項が、地元の自治会、自主防災組織、避難支援者、民生委員・児童委員、社会福祉協議会、障がい者団体(相談員)、管轄警察署、消防関係者に提供されることを承諾します。

垂井町長 中川 満也 様

申請者 _____ 印

(本人との関係 本人 ・ その他())

(裏面)

避難場所の名称	
---------	--

居宅から避難場所までの略図
