

職員 使用欄	確認日	職員名	防災ラジオ有無（有の場合個人番号）
-----------	-----	-----	-------------------

避難行動要支援者避難支援プラン（個別計画）

令和 年 月 日

下松市長様

私は、避難行動要支援者避難支援制度の趣旨に賛同し、同制度に登録することを希望します。  
 また、私が届け出た下記個人情報が、災害時の避難支援や情報提供、安否確認のため、市の関係部署や地域支援団体等（消防本部、警察署、民生委員・児童委員、社会福祉協議会、自主防災組織、消防団）に提供されることに同意します。

		代理記載 及び 代理申請	登録者との 関係 氏名
フリガナ 氏名		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
		性別	男 ・ 女
住所	〒	住居の 種類	<input type="checkbox"/> 戸建て（階建て） <input type="checkbox"/> 集合住宅（階部分）
自宅電話		携帯電話	
防災メール	有（本人・家族） ・ 無	自治会名	（加入・未加入）
世帯状況	人世帯（構成： 本人、 ）		
支援を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 手が不自由 <input type="checkbox"/> 足が不自由 <input type="checkbox"/> 目が不自由 <input type="checkbox"/> 耳が不自由 その他（ ）		
災害時・ 避難時に 必要な支援			
緊急 避難 連絡 先・ 支援者	住所	自宅電話	
	氏名	（続柄）	携帯電話
	住所	自宅電話	
	氏名	（続柄）	携帯電話
ケアマネ事業所 相談支援事業所		担当者名	
		電話番号	
かかりつけ の病院等		避難の際に 持参する薬	有 ・ 無 ※薬は手帳で確認
予定避難 場所	<input type="checkbox"/> 近隣の指定避難所（ ）		<input type="checkbox"/> 自宅で在宅避難
	上記以外の避難先		住所（連絡先）
避難場所への 移動方法	自家用車（本人・親族） ・ タクシー ・ 介護タクシー ・ バス ・ 無		
ここから下は職員が記入しますので記入不要です。			
マイタイム ラインの有無	有 ・ 無	ハザード マップ	