

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

避難行動要支援者避難支援プラン（個別計画）

令和 6 年 3 月 15 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	母	
		氏名	下松 花子		
フリガナ 氏名	くだまつ たろう 下松 太郎		生年月日	大・招・平・令 40年1月1日	
			性別	男・女	
住所	〒744-8585 下松市大手町3丁目3番3号 市役所アパート101		住居の 種類	<input type="checkbox"/> 戸建て（階建て） <input checked="" type="checkbox"/> 集合住宅（1階部分）	
自宅電話	0833-45-xxxx	携帯電話	090-xxxxx-xxxxx		
防災メール	有 本人・家族 ・ 無		自治会名	〇〇自治会 加入・未加入	
世帯状況	2 人世帯（構成： 本人、母）				
支援を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 手が不自由 <input checked="" type="checkbox"/> 足が不自由 <input type="checkbox"/> 目が不自由 <input checked="" type="checkbox"/> 耳が不自由 その他（ 移動が困難、避難の指示が聞こえない ）				
災害時・避難時に必要な支援	歩行が難しいので避難時に介助または車椅子が必要。 避難所はトイレが近い場所が良い。				
緊急連絡先・ 避難支援者	住所	下松市大手町3丁目3番3号 市役所アパート101号	自宅電話	0833-45-xxxx	
	氏名	下松 花子（続柄 母）	携帯電話	090-xxxxx-xxxxx	
	住所	周南市〇〇町1丁目1番1号	自宅電話	0834-xx-xxxx	
	氏名	下松 次郎（続柄 弟）	携帯電話	080-xxxxx-xxxxx	
ケアマネ事業所 相談支援事業所	〇〇居宅介護事業所		担当者名	〇〇ケアマネ	
			電話番号	0833-41-xxxx	
かかりつけ の病院等	下松総合病院		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 checked="" type="checkbox"/> 近隣の指定避難所（中央公民館）		<input type="checkbox"/> 自宅で在宅避難		
	上記以外の避難先 弟（下松次郎の家）		住所（連絡先） 周南市〇〇町1丁目1番1号 (0834-xx-xxxx)		
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		