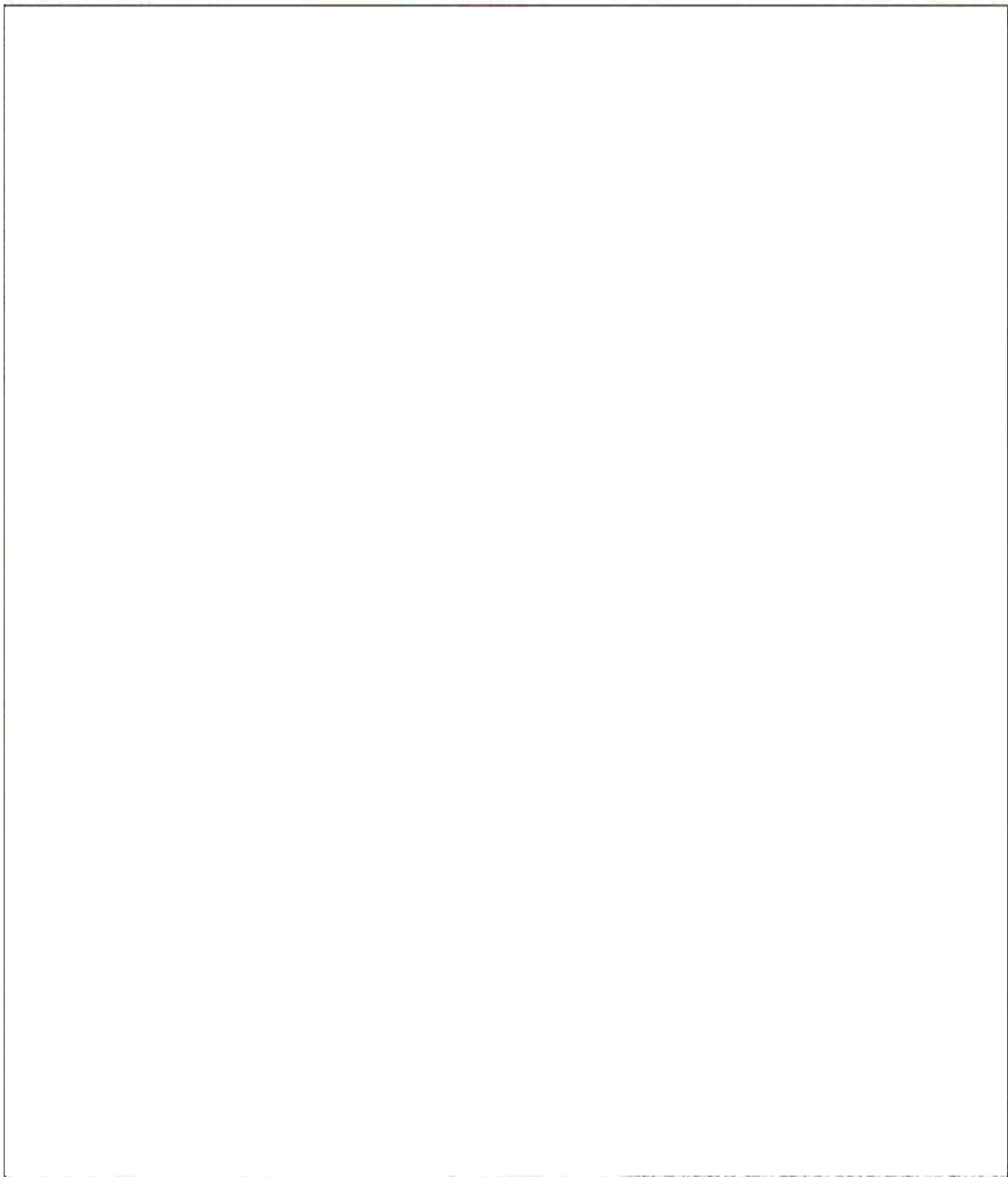


# 和光市避難行動要支援者避難支援計画（個別計画）

自治会				小学校区名		
フリガナ 氏 名				生年月日 年 齢	生 ( 歳)	
住 所	〒			自宅電話(FAX)		
				携帯電話		
代理記載及び申請の場合	氏 名			登録者との関係		
緊急時の家族 等の連絡先	氏名			続 柄	生年月日	
	住所	〒			自宅電話	
					携帯電話	
	氏名			続 柄	生年月日	
	住所	〒			自宅電話	
					携帯電話	
家族構成、同居状況等				居住建物の構造		
				普段いる部屋		
				寢室の位置		
				緊急通報システム	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
特 記 事 項						
かかりつけ医	医療機関名				TEL	
	医療機関名				TEL	

対象者区分						
要支援者の 状況						
避難支援者 (避難誘導、 安否確認等)	第 1	氏名			続 柄	生年月日
		住所	〒			自宅電話
						携帯電話
	第 2	氏名			続 柄	生年月日
住所		〒			自宅電話	
					携帯電話	
治療中の病気 又は障害名						
治療（障害）内容						
補装具、医療や 介護に必要な器具	器 具 名					
	メーカ一名					
	取扱店連絡先					
避難した場合、特 に注意すべき事						
情 報 伝 達 方 法						
避難場所①				民生委員		
避難場所②				自宅電話	消防団	



備 考

