

個別避難支援計画様式（例）

整理番号：

住 所	旭川市		電 話	
			携 帯	
フリガナ 氏 名			F A X	
			その他	
メールアドレス				
生年月日	西暦	明・大・昭・平	年	月
			日	性別
				男・女
あてはまる項目に■ <input type="checkbox"/> 要介護者 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> その他（	）			
避難時に配慮しなく てはならない事項	あてはまる項目すべてに■			
	<input type="checkbox"/> 立つことや歩行ができない <input type="checkbox"/> 音が聞こえない（聞き取りにくい） <input type="checkbox"/> 物が見えない（見えにくい） <input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解がむずかしい <input type="checkbox"/> 危険なことを判断できない <input type="checkbox"/> 顔を見ても知人や家族とわからない <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>			
	【特記事項】			
家族構成				
緊急連絡先①	フリガナ 氏名（団体名）		本人との 関係	
	住 所			
	連絡先	電話番号１： メールアドレス： その他：	電話番号２：	
緊急連絡先②	フリガナ 氏名（団体名）		本人との 関係	
	住 所			
	連絡先	電話番号１： メールアドレス： その他：	電話番号２：	

避難 支援 等関 係者 情報	フリガナ 氏名 (代表者及び団体名)		本人 との 関係	
	住 所			
①	連 絡 先	電話番号 1 : メールアドレス : その他 :	電話番号 2 :	
避難 支援 等関 係者 情報	フリガナ 氏名 (代表者及び団体名)		本人 との 関係	
	住 所			
②	連 絡 先	電話番号 1 : メールアドレス : その他 :	電話番号 2 :	

避難場所等情報※位置・経路・移動するまでの注意すべき事項など				
平成 年 月 日				
上記避難支援等関係者に提供した情報について、記載内容に誤りがないことを確認すると共に、関係機関に報告することを了承します。				
氏名 _____				
代 理 記 入 者	フリガナ 氏 名		本人と の関係	
	住 所		連絡先	
コ ー デ ィ ネ ー タ ー	フリガナ 氏 名		本人と の関係	
	住 所		連絡先	